



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

**“BAJO CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES EN EL
TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO, EN EL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN
LOS AÑOS 2007-2008”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTORAS:

GLORIA ESPINOZA ESPINOZA

NANCY GUEVARA BRAVO

ELVIA HERNANDEZ QUITO

DIRECTOR:

Dr. BERNARDO VEGA CRESPO

ASESOR:

DR. JULIO JARAMILLO OYERVIDE

CUENCA-ECUADOR

2009



DEDICATORIA

El esfuerzo de toda una vida dedicada, para el bienestar de sus hijos, pese a las adversidades, se ve reflejada en el infinito agradecimiento.

A la memoria inalcanzable de mi padre; a mi madre y a mi hermana, que han sido los dos más grandes ejemplos, que han sabido enrumbar mi vida sin una sola palabra. A Dios y a Jesús, por la satisfacción de nuestros logros, por la protección insaciable y esperanzas futuras.

Gloria Espinoza Espinoza





DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a quién guía mi vida, mantiene mi salud y a quién me bendijo con una gran familia, a Dios.

También a mis padres, quienes me han brindado su apoyo incondicional, para que pueda alcanzar mis metas, que han dado su tiempo, confianza y que con sus sabias palabras me supieron formar e inculcar valores, por todo esto les dedico a ellos; los quiero mucho.

Elvia Hernández Quito





DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a Dios, ser supremo, que con su infinito amor me protege, me da fuerza e ilumina en todo momento a mi familia.

A mis queridos padres, quienes siempre me han guiado por el camino del bien, que con sus sabios consejos me han llenado de fuerza para alcanzar cada sueño, por estar siempre conmigo; a ellos y a mis amigos fieles, dedico con mucho cariño este trabajo.

Nancy Guevara Bravo





AGRADECIMIENTO

A lo largo de nuestra carrera universitaria y luego de años de sacrificio y esfuerzo, llegamos finalmente a una nueva etapa de nuestras vidas, en la que podemos ejercer los conocimientos que nuestros estimados docentes han sabido impartir, sumado a los valores humanos y demostrados a cada paciente, que buscan el nosotros mejorar su salud física y espiritual.

Como demostración de nuestro más sincero afecto y gratitud, agradecemos de manera formal a los distinguidos catedráticos, Dr. Bernardo Vega Crespo quien se digno dirigir este trabajo y al Dr. Julio Jaramillo Oyervide asesor del mismo, quienes entregaron todo su tiempo, dedicación e interés, para que esta investigación se lleve a cabo de la mejor manera.

Las autoras





RESPONSABILIDAD

Los criterios vertidos en este informe son de exclusiva responsabilidad de sus autores:

Gloria Espinoza E.

CC

Nancy Guevara Bravo.

CC

Elvia Hernández Quito.

CC





TITULO

“BAJO CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO, EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN LOS AÑOS 2007-2008”

RESUMEN

Antecedentes: Se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo en una primera fase, pero analítica en una segunda fase, en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, en los años 2007-2008.

Objetivo: Determinar la frecuencia de complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, asociadas con el bajo control prenatal; registradas en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, en los años 2007-2008.

Materiales y Métodos: se revisó todas las historias clínicas del servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, que registraron a gestantes en los años 2007-2008.





La muestra fue tomada de las historias clínicas que registraron a gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo en los años 2007-2008, y se excluyeron a aquellas que no presentaron complicaciones. Para la recolección de los datos de las historias clínicas, se utilizó un formulario previamente validado, que fue llenado por las investigadoras; luego la información recolectada fue ingresada en el programa Excel y analizada en el programa SPSS, versión evaluación.

Resultados: el 63.06% tuvo entre 19 a 30 años de edad. El 30.07% ha estudiado hasta la secundaria incompleta. El 45,61% son a casadas. El 70.5% perteneció a la zona urbana. El 48,94% fueron primigestas. El 64.93% se ha realizado entre 5 y 12 controles prenatales; para las variables edad e instrucción fue estadísticamente significativa ($p<0.005$), también para la residencia ($p=0.019$), estado civil ($p=0.005$) y número de gestas ($p=0.011$).

Las principales patologías fueron: ruptura prematura de membranas (RPM) 25.10%, amenaza de parto pretérmino (APP) 22.85%, preeclampsia 19.43% e infección de vías urinarias (IVU) 16.18%. El 85.93% de las que presentaron





IVU, también presentaron APP, siendo estadísticamente significativa ($p < 0.005$).

De 0-4 controles prenatales, las patologías más frecuentes fueron: RPM 24.09%, APP 19.5%, preeclampsia 17.16%. IVU 13.25%. De 5-12 controles: RPM 28.48%, preeclampsia 19.77%, APP 18.35%, IVU 13%. Y de 13-19 controles: Preeclampsia 40%, RPM 20%. No hubo significancia estadística ($p = 0.066$).

Conclusiones: pese a la gratuidad de la atención prenatal y al aumento de la cobertura, aún existen gestantes con bajo e incluso sin controles prenatales, que pertenecen principalmente a zonas rurales, sin instrucción y multigestas. No se encontró asociación entre control prenatal y presencia de complicaciones en el tercer trimestre de la gestación.

Palabras claves: control prenatal, complicaciones, gestación.





TITLE

“DEFICIENT PRENATAL CONTROL AND COMPLICATIONS IN THE THIRD TRIMESTER OF THE PREGNANCY, IN THE OBSTETRIC DEPARTMENT OF THE VICENTE CORRAL MOSCOSO HOSPITAL, 2007-2008”

SUMMARY

Background: it was carried out a descriptive quantitative study in a first moment, but analytical in a second stage, in the Obstetric department of the Vicente Corral Moscoso regional hospital. Cuenca city, 2007-2008.

Objective: To determine the complications' frequency of in the third trimester of the pregnancy, associated with the deficient prenatal control; registered in the Obstetric department of the Vicente Corral Moscoso regional hospital, 2007-2008.

Materials and Methods: it was reviewed all the clinical histories of the Obstetric department of the Vicente Corral Moscoso hospital, that registered pregnant in the years 2007-





2008. The sample was taken from clinical histories that registered to pregnant with complications of the third trimester of the pregnancy in the years 2007-2008, and there were excluded who did not show complications. For the data collecting from clinical histories, a validated form was used previously, that was filled by the investigators; later, the collected information was entered the program Excel and analyzed in program SPSS 15.00 Evaluation.

Results: the 63,06% of participants were aged 19 to 30 years old . The 30,07% had incomplete secondary instruction. 45.61% were married. The 70,5% belonged to the urban zone. 48.94% were first gestation. The 64,93% of the studied population have had 5 to 12 prenatal controls; for the age and instruction variables, it was statistically significant ($p<0.005$), also for: the residence ($p=0.019$), civil status ($p=0.005$) and gestation number ($p=0.011$).

The main pathologies were: premature membrane rupture (RMP) 25,10%, preterm childbirth threat (PCT) 22,85%, preeclampsia 19,43% and urinary tract infection (UTI) 16,18%. The 85,93% of whom had UTI, also had PCT, being statistically significant ($p<0.005$).





From 0-4 prenatal controls, the most frequent pathologies were: RMP 24,09%, PCT 19,5%, preeclampsia 17,16%. UTI 13,25%. from 5-12 controls RMP 28,48%, preeclampsia 19,77%, PCT 18,35%, UTI 13%. And from 13-19 controls: Preeclampsia 40%, and RMP 20%. There was no statistical significance ($p=0.066$).

Conclusions: in spite of the gratuitousness of the prenatal attention and the increase of the cover, still there exist pregnant with deficient and even without prenatal controls, that mainly belong to rural areas, without instruction and multiple gestations. There was not association between prenatal control and presence of complications in the third trimester of the gestation.

Key words : prenatal control, complications, gestation.





INDICE

Contenido

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION.....	18
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
1.3 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS.....	25

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEORICO

2.1 CONTROL PRENATAL

2.1.1 Antecedentes históricos del control prenatal.....	27
2.1.2 Definición del control prenatal.....	29
2.1.3 Enfoques del control prenatal.....	29
2.1.4 Objetivos del control prenatal.....	31

2.2 COMPLICACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACION.....	32
--	----

2.2.1 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

2.2.1.1 Definición de ruptura prematura de membranas....	33
2.2.1.2 Frecuencia de la ruptura prematura de membranas.....	33
2.2.1.3 Factores predisponentes de la ruptura prematura de membranas.....	34





2.2.2 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

2.2.2.1 Definición de los trastornos hipertensivos del embarazo	36
2.2.2.2 Frecuencia de los trastornos hipertensivos del embarazo	38
2.2.2.3 Factores predisponentes de los trastornos hipertensivos del embarazo.....	39

2.2.3 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

2.2.3.1 Definición de la amenaza de parto pretermino ..	40
2.2.3.2 Frecuencia de la amenaza de parto pretermino.	41
2.2.3.3 Factores predisponentes de la amenaza de parto pretermino.....	41

2.2.4 INFECCION DE VIAS URINARIAS

2.2.4.1 Definición de infección de vías urinarias	44
2.2.4.2 Frecuencia de infección de vías urinarias	45
2.2.4.3 Factores predisponentes de infección de vías urinarias	45

2.2.5 OLIGOAMNIOS

2.2.5.1 Definición de oligoamnios.....	47
--	----





2.2.5.2 Frecuencia de oligoamnios.....	48
2.2.5.3 Factores predisponentes de oligoamnios	49

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 General.....	51
3.2 Específicos	51

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. Diseño general del estudio.....	53
4.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.....	53
4.3 Variables de estudio.....	55
4.4 Operacionalización de las variables.....	56
4.5 Relación empírica de las variables.....	57
4.6 Criterios de inclusión y exclusión.....	57
4.7 Procedimiento para garantizar aspectos éticos.....	58
4.8 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de datos.....	59
4.9 Análisis de la información y presentación de resultados..	62





CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio.....	64
5.2 Características de la población de estudio.....	65

CAPITULO VI

6. Discusión.....	90
-------------------	----

CAPITULO VII

7. 1 Conclusiones.....	98
7.2 Recomendaciones.....	103

ANEXOS.....	105
--------------------	------------

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía general.....	113
Referencias bibliográficas.....	118





CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Si bien el control prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, al permitir identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el desarrollo normal del embarazo y la salud del recién nacido, en nuestro medio se ve limitado por factores dependientes o independientes de las gestantes. En este trabajo se realiza un acercamiento a la realidad en nuestro medio que influye como limitante o favorecedor para el cumplimiento de dicha atención.

Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública, es prioritario no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal, sino también una adecuada intervención de los factores de riesgo presentes durante el embarazo, para establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas.





Según la Organización mundial de la Salud (OMS) la mortalidad materna es la “muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a su terminación (actualmente hasta un año postparto: muerte materna tardía), independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”⁽¹⁾.

Al comprender que la mortalidad materna implica una tragedia familiar y por lo tanto social, que conlleva a la disminución de la supervivencia de los recién nacidos, del rendimiento escolar de los infantes que lograron sobrevivir, y con ello a una pérdida de la productividad económica⁽¹⁾, se constituye en un indicador confiable que permite conocer el nivel de desarrollo de un país, la calidad y el acceso a servicios sociales y de salud, además la equidad de género en una sociedad⁽²⁾, razón por la cual el control prenatal se convierte en una de los principales métodos para prevenir dichas tragedias, lo cual resalta la importancia para realización esta investigación.





La OMS refiere que más de una mujer muere en el mundo cada minuto, y estimó que en el 2005 murieron 536.000 mujeres por complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio; ocurriendo el 99%(533000) en países en vías de desarrollo⁽³⁾.

De acuerdo al Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal (MNPI) en el Ecuador aproximadamente entre 500 y 700 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones obstétricas, y entre 10.000 a 21.000 mujeres y niñas ecuatorianas sufrirán trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto, además refieren que estos datos están asociados en su mayoría a la pobreza, nivel de educación, edad joven, falta de acceso a los servicios de salud y poder decisorio para acceder a los mismos; lo que obliga a plantear propuestas que ataquen a estos factores socio-culturales⁽²⁾.

Con los datos obtenidos podemos concluir que a pesar de estar en pleno siglo XXI, aún se observan altas tasas de mortalidad materna y perinatal pese a la gratuidad de dichos servicios, por ello es fundamental defender la salud materna





que englobe un control prenatal con atención integral y precoz, con calidad y calidez, que permita la equidad social como parte de los derechos humanos y reproductivos.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud Pública (MSP) reportó que en el año 2007, en nuestro país por cada 1.000 nacidos vivos, existieron 176 defunciones maternas; y entre las principales causas de muerte materna observadas nos podemos dar cuenta que no han variado mucho en la última década, siendo las más frecuentes la eclampsia con el 20,5%, y en tercer lugar la hipertensión gestacional con proteinuria significativa con el 14,2%, entre otras. En cambio dentro de las diez primeras causas de morbilidad femenina en el año 2005, los trastornos del líquido amniótico y de las membranas ocupan el primer lugar relacionada con complicaciones obstétricas del tercer trimestre de la gestación, con el 1,5% de frecuencia ⁽⁴⁾.

La mortalidad materna ocurre básicamente por desigualdades para el acceso a los servicios de salud y la atención calificada durante la gestación y al momento del parto. El Informe de la





Encuesta demográfica y de salud materna e infantil (ENDEMAIN) del 2004 concluye, que la condición étnica y el quintil económico al que pertenece la madre marca la diferencia en cuanto a prácticas de salud materna. Así, las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna afectan mayormente a mujeres con menos educación, más pobres, residentes en zonas rurales y pertenecientes a grupos étnicos indígenas. La mayoría de las mujeres de estos sectores no cuentan con servicios maternos asequibles, de calidad y culturalmente apropiados⁽¹⁾.

En cuanto a las muertes infantiles (muertes ocurridas antes de cumplir un año de vida), el MSP informa que en nuestro país, del 100% de muertes ocurridas en el año 2006 casi el 57% son neonatales, de las cuales el 41,7% ocurren en los primeros 7 días de vida y el 14,9% entre los 7 y 27 días después de haber nacido, por lo tanto estas cifras evidencian que la mortalidad neonatal está estrechamente vinculada al embarazo y al parto⁽¹⁾, lo que se confirma con el reporte expuesto por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) que refiere que en el año 2007 los trastornos relacionados con la corta duración de la gestación y el bajo





peso al nacer son la primera causa de mortalidad infantil y la quinta causa de morbilidad en este grupo de edad⁽⁴⁾.

En conclusión el cumplimiento de las normas de atención del control prenatal evidencia claras brechas, así los demuestra los datos expuestos por el MSP, que engloban el lugar de residencia, condición étnica y con el quintil económico. Así tenemos que el sector urbano tiene el 65% de acceso al control prenatal mientras que el sector rural el 37%, la etnia mestiza tiene una cobertura del 56%, mientras que la etnia indígena tiene un acceso del 18%, el quintil económico 5 tiene un acceso del 82%, y el quintil 1 un 32%⁽¹⁾.

La información presentada refleja la realidad nacional, pero surgen interrogantes que nos incentivan a una investigación minuciosa de la población materna a nivel local, entre ellas están las siguientes:

- ¿Cuál es la población materna con más complicaciones en el tercer trimestre de la gestación, que se ha hospitalizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital V.





Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca en los años 2007-2008?

- ¿Que población materna que se ha hospitalizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital V. Corral Moscoso en la Ciudad de Cuenca en los años 2007-2008, se ha realizado controles prenatales dentro de los niveles aceptables?
- ¿Cuales son las patologías obstétricas más frecuentes en las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital V. Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca en los años 2007-2008?
- ¿Será que el bajo control prenatal implica más frecuencia de complicaciones en el tercer trimestre de la gestación, al no detectar y tratar dichas patologías de forma oportuna?

Se realizó un estudio en Cali-Colombia (1994–1995) con el objetivo de validar los resultados del control prenatal, en donde se vincularon a 15 instituciones y 7 hospitales, los resultados fueron, que existió un mayor diagnóstico y manejo de la patología materna, no hubo muertes maternas atribuibles a la atención prenatal; disminuyó la patología del recién nacido y la mortalidad fetal. Por lo tanto concluyen que





el desarrollo de modelos de control de calidad adecuados y su cobertura, son una estrategia para disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal⁽¹⁰⁾.

Situaciones como esta incentivan a conocer nuestra realidad para así poder brindar aportes a la población materna y por ende a la sociedad, y surjan nuevas investigaciones en torno a este tema.

1.3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

“Las evaluaciones del Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal (MNPI) indican que el Ecuador necesita fortalecer sus políticas nacionales de maternidad sin riesgos”⁽²⁾.

Según esta institución los servicios de salud materna incluyen la atención prenatal, atención obstétrica de urgencia, atención posparto adecuada para las maternas y sus neonatos, servicios de planificación familiar y de enfermedades de transmisión sexual; e indica que se deben evaluar, identificando fortalezas y debilidades de estos programas,





planificar estrategias para tratar las deficiencias, incitar el apoyo político y popular para tomar medidas apropiadas, y medir el progreso continuado de dichos programas; considerando los factores sociales y culturales que influyen en el acceso a estos servicios, que se constituye en uno de los derechos humanos y de la mujer⁽²⁾. Por lo tanto el aporte de nuestro trabajo de investigación en relación al desarrollo social, se basa en realizar un cohorte a través del tiempo para analizar la situación materno-perinatal en nuestro medio, identificando la frecuencia de las complicaciones obstétricas del tercer trimestre, su asociación con el control prenatal, y las características socioculturales de la población materna más frecuentemente afectada; y así brindar un aporte estadístico, que sin duda reflejará la realidad local que permitirá evaluar y plantear propuestas, en beneficio de las gestantes, que asisten al Hospital Vicente Corral Moscoso, que brinda atención médica para la Región del Austro y el resto del país. Por lo tanto los resultados se difundirán en el campo médico, por medio de este documento impreso como tesis.





CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 CONTROL PRENATAL

2.1.1 Antecedentes históricos del control prenatal

Debido a la alta tasa de morbilidad e mortalidad materna durante el embarazo, el parto y el puerperio, nuestros antepasados creían que el embarazo era una enfermedad y, por tanto, el único tratamiento antenatal en ese entonces era la exanguinación, la cual se practicaba realizando una incisión con un bisturí a nivel de una vena y dejando que salieran entre medio a un litro de sangre, constituyéndose por lo tanto en una terapia de rutina, que se la realizaba entre una y tres veces en las mujeres embarazadas de algunos pueblos, como en Austria. Un gran ejemplo de esta teoría lo





constituyó el caso de la reina Carlota, de Inglaterra en 1762, quien durante su primer embarazo presentó mareos, palpitaciones, disnea y dolor en hipocondrio, por lo que su cirujano le practicó dicho tratamiento⁽⁶⁾.

La idea del control prenatal regular fue de JohnWilliam Ballantine en 1913 en Inglaterra, quien sugiere crear un “hotel pro-maternidad”, con el fin de estudiar la fisiología y calidad del embarazo. Sin embargo, la primera clínica para control prenatal ambulatorio fue creada por Haig Fergusson en 1915 en Edimburgo⁽⁶⁾.

El desarrollo y divulgación general de la atención prenatal en Inglaterra y parte del mundo occidental, se debe principalmente a Janet Campbell, quien creó el Servicio Nacional de Clínicas Antenatales y estableció los parámetros de visitas y rutinas que se debían seguir durante el control prenatal. Gracias a estas iniciativas, se logró que del 40% de las embarazadas que recibía control prenatal antes de la segunda guerra mundial se pasara a 100% después de la misma⁽⁶⁾.

Hacia el final del siglo XX la atención prenatal se convirtió en uno de los servicios asistenciales más frecuentemente





utilizados en los Estados Unidos, en donde en el año de 1998 se registró más de 41 millones de controles prenatales (98.8%), con una media de 12,4 visitas por embarazo, de las cuales el 84% inició el control prenatal en el primer trimestre de la gestación. ⁽⁷⁾.

2.1.2 Definición del control prenatal

Son las actividades y procedimientos que se ofrece a la embarazada con el objetivo de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a⁽⁸⁾.

2.1.3 Enfoques del control prenatal control prenatal

Según el MSP de nuestro país el control prenatal debe tener las siguientes características⁽⁸⁾:

Completo e integral: realizada por personal calificado, para que realicen una detección precoz del embarazo, control integral de la gestante y si existiera riesgo obstétrico perinatal referir oportunamente.





Precoz: debe iniciarse lo más temprano posible (desde el primer trimestre).

Intercultural: El personal de salud debe conocer y comprender las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

Periódico: con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del Centro Latinoamericano De Perinatología / Salud De La Mujer Y Reproductiva (CLAP/SMR) – Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). MSP – HCU. Formulario # 05 (Anexo 1).

Nivel mínimo eficiente (5 controles). En embarazos de bajo riesgo: 1 en las primeras 20 semanas de gestación (SG), 1 entre las 22 y 27SG, 1 entre las 28 y 33SG, 1 entre las 34 y 37SG, y 1 entre las 38 y 40SG⁽⁸⁾.





Nivel óptimo (13 controles): 1 mensual hasta las 32SG, 1 cada 2 semanas hasta 36SG y 1 semanal hasta el momento del parto⁽⁵⁾.

Afectivo: Toda embarazada debe ser atendida con calidez y calidad, además los horarios de atención deben favorecer la concurrencia.

2.1.4 Objetivos del control prenatal

- a) Determinar la edad gestacional.
- b) Diagnosticar enfermedades maternas subclínicas antes que se manifiesten.
- c) Prevenir, diagnosticar tempranamente y tratar oportunamente las complicaciones que se presenten durante la gestación.
- d) Controlar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- e) Disminuir la sintomatología asociada al embarazo.
- f) Identificar tempranamente factores de riesgo durante la gestación.
- g) Educar a la embarazada para preservar su salud física y psicológica, y la de su familia; así como la crianza del recién nacido





El control prenatal permite conocer el estado de salud de la madre, hacer seguimiento al embrión o feto en formación, orientar sobre los cuidados y precauciones que se deben tener en cada fase de la gestación, prevenir riesgos, facilitar la comprensión de lo que pasa en sus estados de ánimo, esclarecer dudas y temores y contar con tratamiento oportuno cuando exista algún riesgo.

2.2 COMPLICACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACION

Durante la gestación pueden agravarse enfermedades preexistentes que aparentemente estaban controladas, pueden surgir nuevas patologías dependientes o no del embarazo, otras, por el contrario, pueden mantenerse estables durante el embarazo. En todo caso es importante realizar una correcta historia clínica para conocer los antecedentes patológicos personales y familiares ya sean estos de tipo clínico o quirúrgico; además del exhaustivo examen físico para descartar o diagnosticar alguna enfermedad existente, que incluso puede ser subclínica.





Por lo general los embarazos cursan sin complicaciones en el tercer trimestre, y aun estando presentes, la mayoría son moderadas y controlables. Por lo antes anotado, reiteramos la importancia del control periódico durante el transcurso del embarazo.

2.2.1 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

2.2.1.1 Definición de la ruptura prematura de membranas

Es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas que permite la salida del líquido amniótico, luego de las 20 semanas de gestación y por lo menos 2 horas antes de la labor de parto, independiente de la edad gestacional⁽⁵⁾.

2.2.1.2 Frecuencia de la ruptura prematura de membranas





La RPM se presenta aproximadamente en el 10% de todas las gestantes, de las cuales el 80% se presenta luego de las 37SG y el 20% antes de las 37SG. Esto demuestra que la RPM es un factor predisponente para el parto prematuro y la morbilidad infecciosa materna y perinatal⁽⁵⁾.

En el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso durante los años 2007-2008, se encontró que el 25.1% de las gestantes con complicación del tercer trimestre de la gestación presentó RPM.

2.2.1.3 Factores predisponentes de la ruptura prematura de membranas

Entre los factores predisponentes para la ruptura prematura de membranas ovulares, tenemos⁽⁵⁾:

Factores de riesgo mayores

- Parto prematuro previo.
- Metrorragia en el embarazo actual (más riesgo en el tercer trimestre).





- Consumo de cigarrillo.

Factores de riesgo menores

- Vaginosis bacteriana (más riesgo entre las 8-18 semanas de gestación).
- Hipertensión arterial (HTA) o diabetes.
- Anemia (Hto <30%).
- Consumo de café (>2 tazas diarias).
- 2 o más legrados previos.

Otros factores de riesgo

- Traumatismos
- Incompetencia cervical
- Enfermedades del colágeno
- Deficiencia de vitamina C y cobre.
- Polihidramnios
- Infecciones del tracto genital inferior.
- Trichomona, chlamydia, ureoplasma⁽⁵⁾.





2.2.2 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

2.2.2.1 Definición de los trastornos hipertensivos del embarazo

Conjunto de entidades que tiene como común denominador el aumento de la tensión arterial durante la gestación⁽⁵⁾.

La preeclampsia y eclampsia es la principal causa de mortalidad materna y perinatal, retardo en el crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.



Clasificación de los Trastornos Hipertensivos del embarazo

	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	*PRECLAMPSIA		*ECLAMPSIA	PRECLAMPSIA SUPERPUESTA HTA CRÓNICA	HTA CRÓNICA
		LEVE	SEVERA			
TENSIÓN ARTERIAL	Tensión arterial sistólica(TAS): ≥ 140 mmHg o Tensión arterial diastólica (TAD): ≥ 90 mmHg	TAS $\geq 140 < 160$ o TAD $\geq 90 < 110$	TAS ≥ 160 o TAD ≥ 110	$\geq 140/90$	$\geq 140/90$	$\geq 140/90$
SEMANAS DE GESTACIÓN	> 20 SG	≥ 20 SG	≥ 20 SG	> 20 SG	< 20 SG o antes del embarazo	< 20 SG o antes del embarazo y > 12 semanas postparto
ANTECEDENTES	normotensa	normotensa				
PROTEINURIA En 24horas tirilla reactiva	< 300 mg. NEGATIVA	POSITIVA ++	$> 3g$ ++ / +++	> 300 mg + / ++ / +++	+ / ++ / +++ $> 20SG$	NEGATIVA
CLÍNICA		Ausencia de sintomatología y exámenes de laboratorio que indiquen severidad.	Vasomotores: cefalea, tinitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, hemólisis, plaquetas < 100.000 mm ³ , elevación transaminasas, oliguria < 500 ml en 24 h, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal aguda.	Convulsiones tónico-clónicas o coma.		

FUENTE: Componente Normativo Materno. Quito. MSP. Agosto 2008.





Síndrome de Hellp

Es una variante de la Preeclampsia severa; es decir la TAD >90 mm Hg en embarazo >20 de semanas de gestación, más proteinuria en 24 h $>$ a 300 mg. o tirilla positiva)⁽⁸⁾.

Criterios diagnósticos:

- Hemólisis,
- Elevación de enzimas hepáticas y
- Disminución de plaquetas.

Clasificación:

- COMPLETO: los 3 criterios diagnósticos.
- INCOMPLETO: 1-2 de los criterios diagnósticos.

Clasificación del Síndrome de Hellp

	Clase I	Clase II	Clase III
Plaquetas	$< 50\,000$	> 50.000 y < 100.000	>100.000 y <150.000
Deshidrogenasa láctica	>600 UI/L	>600 UI/L	>600 UI/L
TGO, TGP o ambas	>70 UI/L	>70 UI/L	>40 UI/L

FUENTE: Componente Normativo Materno. Quito. MSP. Agosto 2008.





2.2.2.2 Frecuencia trastornos hipertensivos del embarazo

En el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso durante los años 2007-2008 se encontró que el 33.28 de las gestantes presentó algún trastorno hipertensivo, en el siguiente orden: 19.43 preeclampsia, 9.76% HTG, eclampsia 2.59% y Sd de Hellp con el 1.50%.

2.2.2.3 Factores predisponentes a trastornos hipertensivos del embarazo

Entre los factores predisponentes para los trastornos hipertensivos durante el embarazo, tenemos⁽¹²⁾:

- Paridad: casi exclusiva de primigestas.
- Embarazo múltiple.
- Macrosomía fetal.
- Patologías asociadas (diabetes, obesidad, mola, polihidramnios, eritroblastocis fetal).
- Antecedentes familiares y personales.
- Bajo Nivel socioeconómico.





- Factores ambientales⁽¹²⁾.

2.2.3 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO (APP)

2.2.3.1 Definición de amenaza de parto pretérmino

Amenaza de parto pretérmino se refiere a la presencia de contracciones uterinas, por lo menos 3 en 30 minutos, sin cambios cervicales mayores, con dilatación menor a 3 cm antes de las 37SG⁽⁵⁾.

En cambio el trabajo de parto pretérmino es la presencia de contracciones uterinas por lo menos 3 en 30 minutos, acompañadas de cambios cervicales, entre las que están el borramiento del 50% o la dilatación igual o mayor a 3 cm, antes de las 37SG⁽⁵⁾.





2.2.3.2 Frecuencia de amenaza de parto pretérmino

El parto pretérmino se presenta en aproximadamente el 10% de las gestantes, convirtiéndose en una de las causas de mortalidad perinatal (68-80% de fetos sin anomalías)⁽⁵⁾.

En el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008 el 22.85% de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre de la gestación presentó APP.

2.2.3.3 Factores predisponentes de amenaza de parto pretérmino

Entre los factores predisponentes para la amenaza de parto pretérmino, tenemos⁽⁵⁾:

Factores de riesgo mayores

- Gestación múltiple
- Antecedentes de parto pretérmino





- Antecedente de amenaza de parto pretérmino con parto a término
- Polihidramnios
- Anomalías uterinas
- Cirugía abdominal durante el embarazo
- Antecedentes de conización
- Dilatación >1cm a las 32SG
- Cuello <1cm de longitud a las 32SG
- 2 o más abortos en el segundo trimestre
- Consumo de cocaína

Factores de riesgo menores

- Enfermedad febril durante el embarazo
- Pielonefritis
- Consumo +10 cigarrillos al día
- Metrorragia después de las 12SG
- 1 aborto en el segundo trimestre
- 2 o más abortos en el primer trimestre





Otros factores de riesgo

- Bajo nivel socioeconómico
- Edad materna <18años >40 años
- Estrés
- Infecciones vaginales: vaginosis bacteriana sintomática
- Infecciones urinarias
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Abuso doméstico
- Violencia familiar
- Alcoholismo
- Bajo índice de masa corporal pregestacional
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Traumatismos

La presencia de 1 o más factores de riesgo mayores y/o 2 o más factores de riesgo menores establecen el riesgo de parto pretérmino⁽⁵⁾.





2.2.4 INFECCION DE VIAS URINARIAS (IVU)

2.2.4.1 Definición de infección de vías urinarias

Se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar del tracto urinario. Es la infección más común durante la gestación y se puede manifestar de tres formas⁽¹⁵⁾:

- *Bacteriuria asintomática*: es la infección del tracto urinario bajo sin sintomatología y con recuento de colonias $> 100.000/\text{ml}$ en el urocultivo . Si no es tratada puede progresar a pielonefritis, también puede producir prematurez y bajo peso al nacer.
- *Cistitis*: infección e inflamación de la vejiga.
- *Pielonefritis*: infección renal. La pielonefritis aguda durante el embarazo puede producir complicaciones serias como sepsis materna y amenaza de parto prematuro.





2.2.4.2 Frecuencia de infección de vías urinarias

En el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso durante los años 2007-2008 se encontró que el 16.18% de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre de la gestación presentó IVU.

2.2.4.3 Factores predisponentes de infección de vías urinarias

La infección de vías urinarias es más común en la *mujer* que en el varón, debido a:

- La uretra femenina es mucho más corta
- Está próxima a la vagina que puede estar colonizada por varios gérmenes
- Está próxima al ano con su contenido séptico.

Los cambios anatómicos y funcionales que ocurren durante el *embarazo*, guardan una relación directa con el aumento a la predisposición para las infecciones urinarias⁽¹⁶⁾:





- Los riñones aumentan de tamaño por aumento del flujo sanguíneo que deben filtrar y por lo tanto aumenta la longitud renal,
- La vejiga aparece congestiva y es desplazada de su sitio habitual,
- El aumento de la hormona progesterona produce relajación de la musculatura de la vejiga y de los uréteres, lo que lentifica el flujo de la orina,
- El útero comprime los uréteres, especialmente el del lado derecho, acumulándose en los uréteres hasta 200 ml de orina. Este estancamiento urinario favorece el crecimiento de las bacterias, se cambia el pH de la orina y se hace más alcalino.
- Además conforme avanza la gestación existe mayor eliminación de proteínas por la orina, lo que contribuye a la multiplicación de bacterias⁽¹⁶⁾.

Además se incrementa la susceptibilidad en determinadas *condiciones* como la diabetes, prolapsos, cicatrices de partos, incontinencia urinaria, etc.





Factores de riesgo asociados para la infección de vías urinarias durante el embarazo⁽¹⁵⁾:

- Infección urinaria previa.
- Episodios repetidos de infección cérvico-vaginal (3 o más).
- Litiasis o malformación de la vía urinaria.
- Antecedente de abortos en el segundo trimestre de la gestación o parto prematuro de causa no específica⁽¹⁵⁾.

2.2.5 OLIGOAMNIOS

2.2.5.1 Definición de oligoamnios

Cuando el líquido amniótico es inferior a 500ml para la edad gestacional, o con un Índice de líquido amniótico menor de 5cm⁽⁵⁾.

Clínicamente el oligoamnios se clasifica en tipo I y II. En nuestra investigación nos referiremos al oligoamnios Tipo II, que es la que se presenta en el tercer trimestre de la





gestación y está asociado a RCIU, al síndrome de dismadurez fetal, incluyendo embarazo prolongado e insuficiencia placentaria⁽⁵⁾.

CLASIFICACION:

- 1. Oligohidramnios Tipo I:** Se presenta entre las 13 y 27 semanas de gestación, en el 42% aproximadamente está asociado a malformaciones congénitas, especialmente renales. Esta patología es poco frecuente y su pronóstico es malo (85% de mortalidad perinatal)⁽⁵⁾.
- 2. Oligohidramnios Tipo II:** Se presenta en el tercer trimestre de la gestación, está asociado a retardo del crecimiento intrauterino, síndrome de dismadurez fetal, además insuficiencia placentaria y embarazo prolongado⁽⁵⁾.

2.2.5.2 Frecuencia de oligoamnios

La incidencia del oligoamnios es variable, oscilando entre el 0.4 y el 5.5%⁽⁵⁾.





En el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso durante los años 2007-2008 una minoría representada por el 2.59% de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre de la gestación, presentó oligoamnios.

2.2.5.3 Factores predisponentes de oligoamnios

Los factores predisponentes para presencia de oligoamnios está ligada a la duración de la misma, así tenemos de corta (menos de 5 semanas) y de larga evolución⁽⁵⁾.

Corta duración

- Insuficiencia placentaria:
 1. Preeclampsia
 2. HTA
 3. Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)
 4. Postmadurez
 5. Antiprostaglandinas
- Muerte fetal reciente
- Ruptura de membranas





- Idiopática

Larga duración

- Lesiones placentarias
- Malformaciones fetales:
 1. Renales
 2. Pulmonares⁽⁵⁾.





CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

- Determinar la frecuencia de complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, asociadas con el bajo control prenatal; registradas en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, en los años 2007-2008.

3.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar la frecuencia del control prenatal durante el tercer trimestre del embarazo en las gestantes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, en los años 2007-2008.





2. Establecer la frecuencia de las complicaciones en el tercer trimestre del embarazo en las gestantes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, en los años 2007-2008.
3. Correlacionar el control prenatal con las patologías del tercer trimestre del embarazo que presentaron las gestantes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral, en los años 2007-2008.





CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio retrospectivo para identificar si el bajo control prenatal se asocia con mayor frecuencia de complicaciones obstétricas durante el tercer trimestre de la gestación, en pacientes que fueron hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en los años 2007-2008.

4.2. UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

Área de estudio

Este estudio se realizará en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso del Cantón Cuenca, Provincia del Azuay.





Universo

Todas las historia clínicas de las gestantes que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en los años 2007-2008.

Muestra

Historias clínicas de las gestantes que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, en los años 2007-2008.

Unidad de análisis

Lo constituyeron las historias clínicas de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en los años 2007-2008, de quienes se recolectó sus datos.





4.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

Fueron consideradas variables de estudio: edad, instrucción, estado civil, residencia, paridad, frecuencia del control prenatal y complicaciones en el tercer trimestre de la gestación y entre ellas amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, trastornos hipertensivos de la gestación (hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, Sd. de Hellp), infección de vías urinarias y oligoamnios.





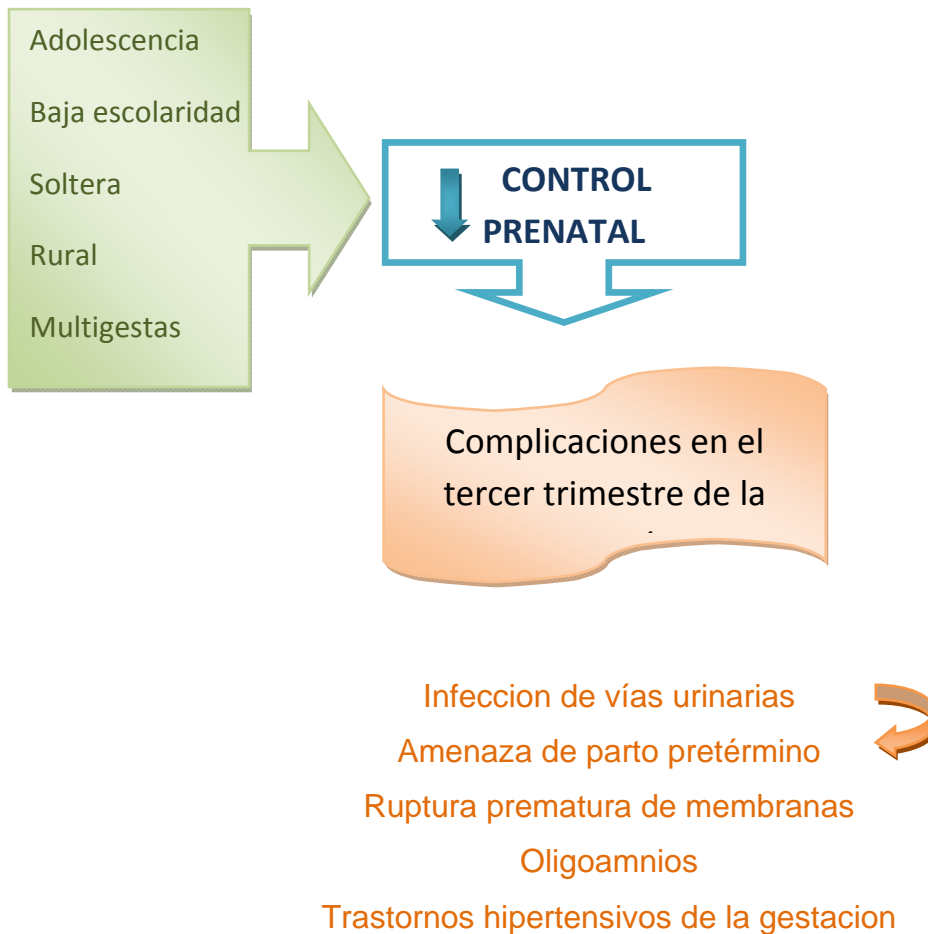
4.4. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Tiempo	Edad registrada en la historia clínica.	Numérica
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión Libre • Viuda 	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO
Instrucción	Años de escolaridad terminada.	Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Superior 	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO
Residencia	Lugar donde habitualmente vive una persona.	Lugar	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	SI/NO SI/NO
Paridad	Estado de una mujer con respecto a los descendientes que ha tenido.	Número de hijos/as	<ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Multípara • Gran multípara 	1 2-4 >5
Frecuencia del control prenatal	Número de controles que se realiza la embarazada	Número de controles	<ul style="list-style-type: none"> • 1-4 • 5-12 • 13 o más 	SI/NO SI/NO SI/NO
Complicaciones en el tercer trimestre de la gestación.	Patología materna o fetal que ocurren durante el tercer trimestre.	Patologías	<ul style="list-style-type: none"> • RPM • Trastornos hipertensivos del embarazo. • Amenaza de parto pretérmino y parto prematuro. • ITU • Oligoamnios 	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO





4.5. RELACIÓN EMPÍRICA DE LAS VARIABLES



4.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

Historias clínicas de las gestantes que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Vicente





Corral Moscoso que registren complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, en los años 2007-2008.

Criterios de Exclusión

Historias clínicas de las gestantes que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso que no registren complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, en los años 2007-2008.

4.7. Procedimiento para garantizar aspectos éticos

Para la presente investigación, mediante oficio, solicitaremos la respectiva autorización, para acceder a las historias clínicas de las gestantes que presentaron complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, en el Servicio de Obstetricia, dirigido al Director del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Las autoras del presente trabajo nos comprometemos a que la información recolectada sea confiable, sin manipular para nuestro beneficio los datos obtenidos, y que los resultados serán utilizados en beneficio de las gestantes y por lo tanto de la comunidad.





4.8. Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y método para el control y calidad de datos.

1. Se solicitó mediante oficio al Director del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, para dar a conocer sobre nuestro trabajo de investigación y obtener la respectiva autorización para el uso de las historias clínicas del departamento de estadística, la cuál fue aceptada satisfactoriamente.
2. Con la autorización obtenida acudimos al departamento de Estadística del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, para recolectar la información del libro de registros del período 2007-2008, para conocer las historias clínicas de las pacientes que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Obstetricia y las que presentaron patologías del tercer trimestre de la gestación, donde se nos brindó libre acceso.
3. Una vez obtenidas los números de las historias clínicas de las pacientes que presentaron complicaciones en el tercer trimestre de la gestación en dicho período, procedimos a buscarlas





y a recolectar los datos mediante la aplicación del formulario previamente elaborado.

4. Con la información registrada en los formularios se realizó la respectiva tabulación, graficación e interpretación de resultados, con sus respectivas conclusiones.

Instrumento

Se elaboró un formulario diseñado exclusivamente para la investigación (Anexo 2) que incluyó: datos de filiación que constaban en las historias clínicas de las gestantes, entre ellas están instrucción, estado civil, residencia, además número de controles prenatales, número de gestas y las complicaciones en el tercer trimestre de gestación.

El instrumento, elaborado por los investigadores, constó de preguntas cerradas con la finalidad de obtener información que permita un manejo estadístico más apropiado de los datos.

Fuente de Información

La fuente de información fue indirecta. Recopilamos la información por medio del formulario, de acuerdo a los





datos obtenidos de las historias clínicas de las gestantes. Además por cada 200 encuestas realizadas revisamos al azar 5 formularios para comprobar la veracidad de la información recolectada. El total de historias clínicas analizadas fueron 1102, por lo tanto repetimos dicho procedimiento 6 veces, en las cuales no se encontró alteración de la información, lo que nos permite garantizar la calidad de la información.

Recolección de la información

El levantamiento de los datos se realizó mediante la recopilación de la información en los formularios previamente diseñados y validados de las historias clínicas de las gestantes, hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en los años 2007-2008.





4.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Análisis de la información

El análisis de la información se realizó bajo dos enfoques: cuantitativo y cualitativo.

Las variables cualitativas y cuantitativas discretas fueron manejadas en número de casos (n) y sus porcentajes (%) y las variables cuantitativas continuas en promedios.

En ciertos análisis se introdujeron elementos de estadística inferencial, como la prueba de chi cuadrado (χ^2). Se consideraron significativas, las diferencias con un valor de $P < 0.05$.





Programas utilizados

Una vez recopilada la información cuantitativa y cualitativa fue ingresada en una matriz de datos y procesada con la ayuda del programa estadístico Microsoft office Excel™ versión 2007 en español para Windows™ y programa SPSS 15.0 en español versión evaluación.

Presentación de resultados

Presentamos los resultados de la información recopilada por medio de tablas de distribución de frecuencias, tablas con cruce de variables y gráficos recomendados por la metodología.

Las medidas estadísticas utilizada para el análisis fueron: número de casos (n), porcentaje, promedio y chi cuadrado (χ^2).





CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Fueron 1102 historias clínicas investigadas de las gestantes con patología del tercer trimestre de la gestación, hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008 y que se encontraban almacenadas en el Departamento de Estadística de dicha institución. Este número constituyó la muestra.

El acceso a este número de historias clínicas requirió de veinte y cuatro visitas al Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso. Esto implica la recolección de datos de 45 historia clínicas por día, acudiendo dos días por semana y por tres meses consecutivos.





5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

En el servicio de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007 y 2008, han sido atendidas 10027 gestantes, de las cuales 1165 presentaron complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, que implica un 11.62% del total de gestantes.





Característica de las gestantes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007 - 2008. Cuenca

Población		
Edad (n=988)	Promedio 30	Mínima 13 Máxima 49
13-18 años		196 (19.84%)
19-30 años		623 (63.06%)
31-49 años		169 (17.11%)
Instrucción (n=951)		
Analfabeta		18 (1.89%)
Primaria incompleta		129 (13.56%)
Primaria completa		272 (28.60%)
Secundaria incompleta		286 (30.07%)
Secundaria completa		152 (15.98%)
Superior		94 (9.88%)
Estado civil (n=980)		
Soltera		163 (16.63%)
Casada		447 (45.61%)
Unión libre		357 (36.43%)
Divorciada		6 (0.61%)
Viuda		7 (0.71%)
Residencia (n=983)		
Urbano		693 (70.50%)
Rural		290 (29.50%)
Número de controles prenatales (n=978) X=8		
0-4		333 (34.05%)
5-12		635 (64.93%)
13-19		10 (1.02%)
Número de gestas (n=995) X=7		
1		487 (48.94%)
2-4		426 (42.81%)
5-14		82 (8.24%)
Complicaciones del 3 ^{er} trimestre del embarazo (n=1199)		
RPM		301 (25.10%)
APP		274 (22.85%)
Preeclampsia		233 (19.43%)
IVU		194 (16.18%)
HTG		117 (9.76%)
Eclampsia		31 (2.59%)
Oligoamnios		31 (2.59%)
Sd. Hellp		18 (1.50%)
Total		1102

Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N. Guevara y E. Hernández.





Característica de las gestantes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Vicente
Corral Moscoso en los años 2007 - 2008. Cuenca

Variables	0-4 Controles		5-12 Controles		13 o más Controles	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Edad (p<0.005)						
13-18	76	22.89	112	17.89	1	10
19-30	196	59.04	411	65.65	7	70
31-49	60	18.07	103	16.45	2	20
Instrucción (p<0.005)						
Analfabeta	11	3.45	4	0.66	0	0
Primaria incompleta	65	20.37	61	10.08	1	10
Primaria completa	100	31.34	165	27.27	2	20
Secundaria incompleta	75	23.51	204	33.72	3	30
Secundaria completa	50	15.67	99	16.36	2	20
Superior	18	5.64	72	11.9	2	20
Residencia (p=0.019)						
Urbano	207	63.69	465	73.93	10	100
Rural	118	36.30	164	26.07	0	0
Estado civil (p=0.005)						
Soltera	72	21.88	83	13.37	2	20
Casada	130	39.51	303	48.79	5	50
Unión libre	124	37.69	225	36.23	3	30
Divorciada	2	0.61	4	0.64	0	0
Viuda	1	0.30	6	0.97	0	0
Nº de Gestas(p=0.011)						
1	148	44.44	325	51.26	5	50
2-4	147	44.13	269	42.43	5	50
5-14	38	11.40	40	6.31	0	0
Patología (p=0.066)						
RPM	84	22,28	188	26,04	2	18,18
HTG	45	11,94	71	9,83	2	18,18
Preeclampsia	61	16,18	168	23,27	5	45,45
Eclampsia	15	3,98	14	1,94	0	0
Sd Hellp	5	1,33	8	1,11	0	0
APP	93	24,67	153	21,19	0	0
IVU	65	17,24	99	13,71	2	18,18
Oligoamnios	9	2,39	21	2,91	0	0
Total	1102					

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.





Tabla N°1

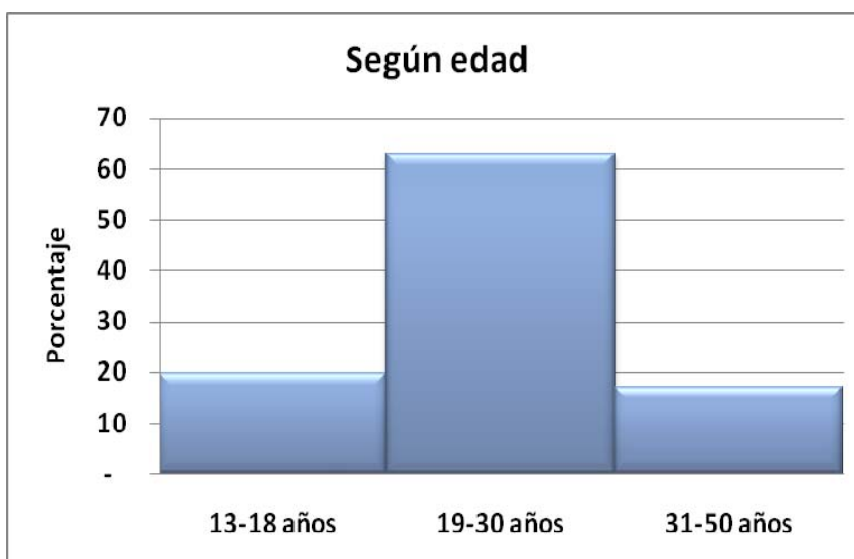
Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, según edad. Cuenca. 2009

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
13-18 Años	196	19.84
19-30 Años	623	63.06
31-50 Años	169	17.11
Total	988	100.00

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Gráfico N°1



Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.





La distribución según edad tuvo como promedio 30 años, siendo el mínimo de edad 13 años y el máximo de 49 años. La mayoría comprende una edad entre 19 a 30 años (juventud) representado por el 63.06%.

*SPSS excluyó 114 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

Tabla N°2

Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, según instrucción.
Cuenca. 2009

INSTRUCCION	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	18	1.89
Primaria incompleta	129	13.56
Primaria completa	272	28.60
Secundaria incompleta	286	30.07
Secundaria completa	152	15.98
Superior	94	9.88
Total	951	100.00

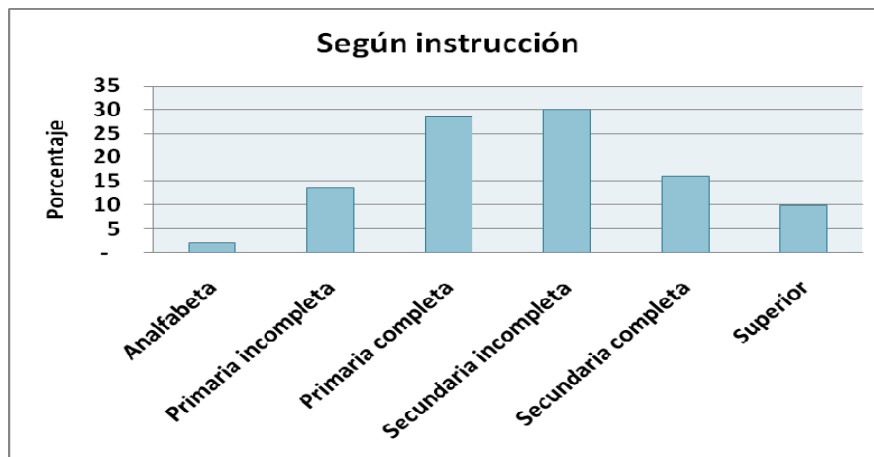
Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.





Gráfico N°2



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Según la instrucción, el 30.07% que es la mayoría ha estudiado hasta la secundaria incompleta, seguida por el 28.6% que representa la primaria completa, siendo la población analfabeta una minoría con el 1,89%.

*SPSS excluyó 151 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

Tabla N°3

Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, según estado civil. Cuenca. 2009

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	163	16.63

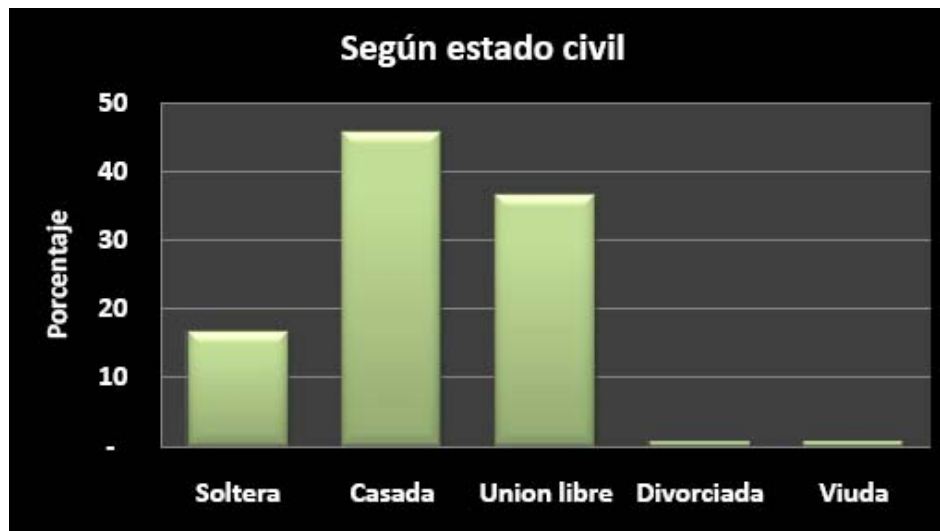




Casada	447	45.61
Unión libre	357	36.43
Divorciada	6	0.61
Viuda	7	0.71
Total	980	100.00

Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Gráfico N°3



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

La mayoría de las gestantes fueron las casadas con el 45,61%, mientras que las divorciadas y las viudas constituyen la minoría con el 0,61% y 0,71% respectivamente.

*SPSS excluyó 122 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.





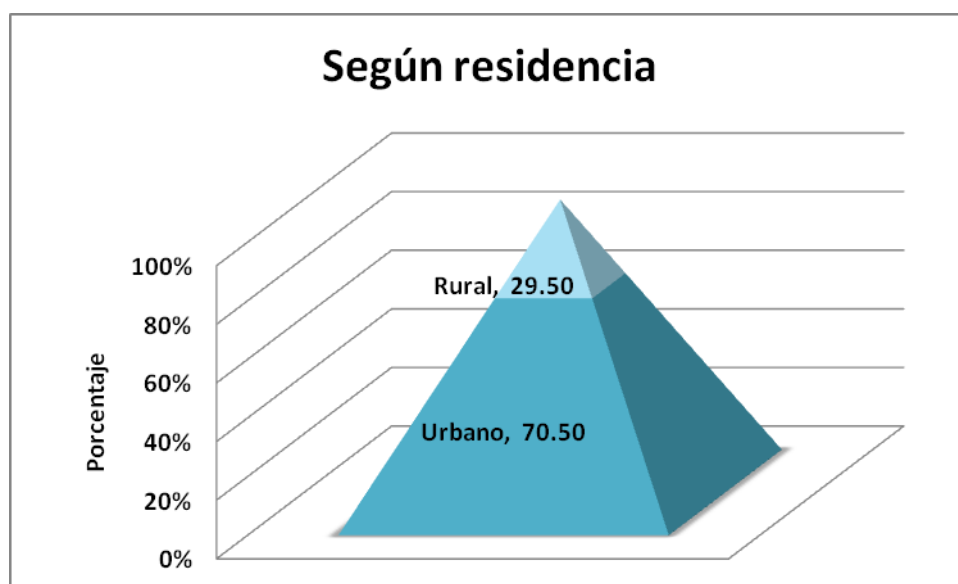
Tabla N°4

Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, según residencia. Cuenca. 2009

RESIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	693	70.50
Rural	290	29.50
Total	983	100.00

Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Gráfico N°4



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.





La mayoría de las gestantes pertenecen a la zona urbana representadas por el 70.5%.

*SPSS excluyó 119 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

Tabla N°5

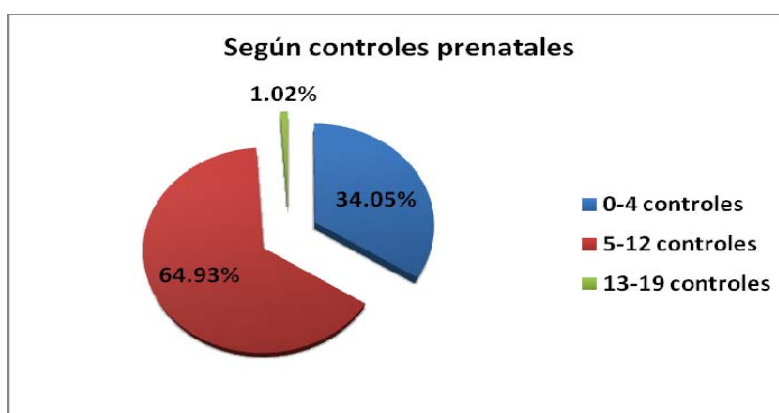
Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, según número de controles prenatales. Cuenca. 2009

Nº CONTROLES PRENATALES	Frecuencia	Porcentaje
0-4	333	34.05
5-12	635	64.93
13-19	10	1.02
Total	978	100.00

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Gráfico N°5



Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.





Encontramos como promedio 8 controles prenatales. Algunas gestantes como máximo se han realizado 19 controles prenatales, pero siguen existiendo gestantes aún sin control. La mayoría se ha realizado entre 5 y 12 controles prenatales, representado con el 64.93%.

*SPSS excluyó 124 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

Tabla N°6

Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, según número de gestas. Cuenca. 2009

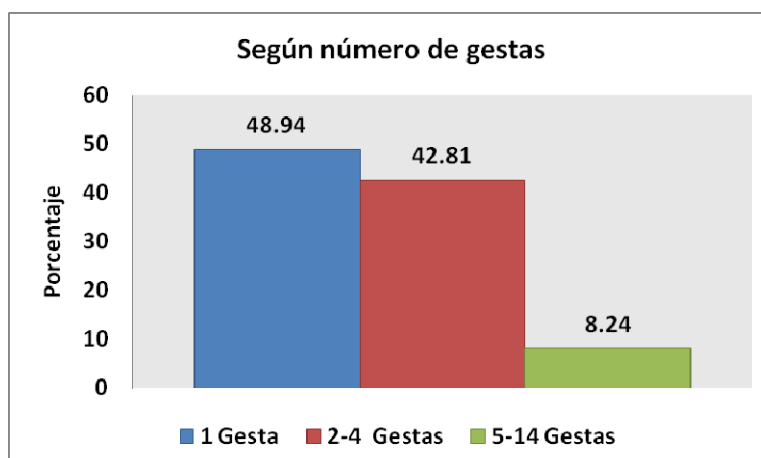
NUMERO DE GESTAS	Frecuencia	Porcentaje
1 Gesta	487	48.94
2-4 Gestas	426	42.81
5-14 Gestas	82	8.24
TOTAL	995	100

Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.





Gráfico N°6



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Encontramos como promedio 7 gestas, y como máximo gestantes con 14 embarazos, pero la mayoría fueron primigestas (primera gestación), representada por el 48,94%.

*SPSS excluyó 107 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

Tabla N°7

Distribución de las gestantes según complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008. Cuenca. 2009

PATOLOGIA	Frecuencia	Porcentaje
RPM	301	25.10
HTG	117	9.76
Preeclampsia	233	19.43

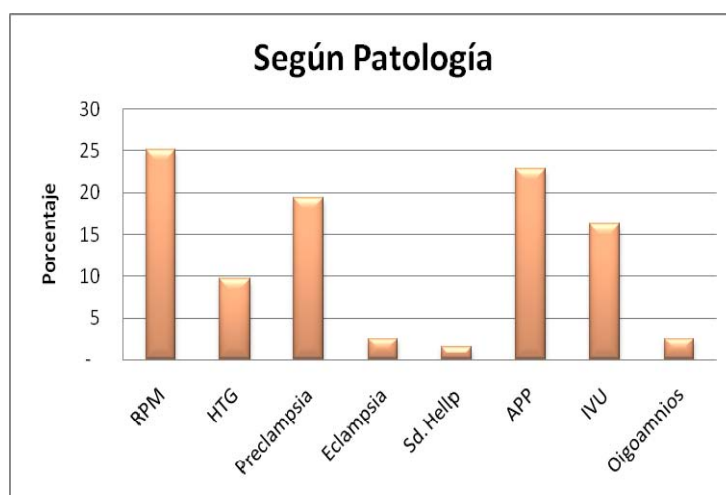




Eclampsia	31	2.59
Sd. Hellp	18	1.50
APP	274	22.85
IVU	194	16.18
Oligoamnios	31	2.59
Total	1199	100.00

Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Gráfico N°7



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Las principales patologías fueron RPM con el 25.10%, APP con el 22.85%, preeclampsia con el 19.43% e ITU con el 16.18%.

Tabla N° 8

Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral





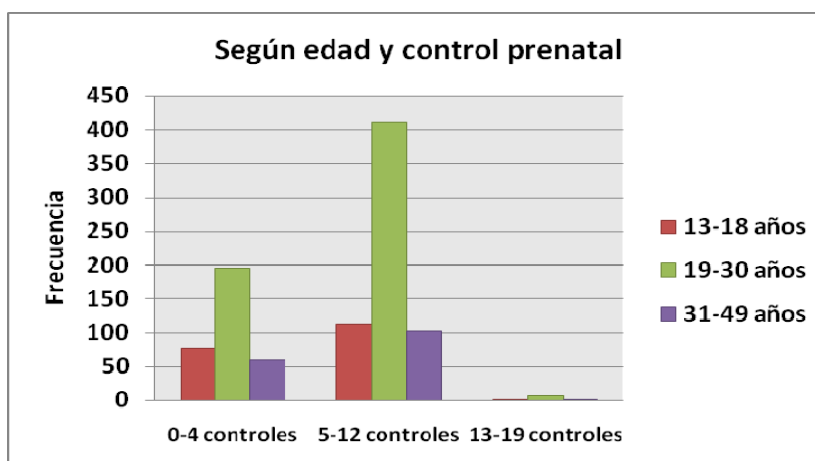
Moscoso en los años 2007-2008, según controles prenatales y su asociación con edad. Cuenca. 2009

EDAD	CONTROL PRENATAL					
	0-4		5-12		13-19	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
13-18	76	22.89	112	17.89	1	10.00
19-30	196	59.04	411	65.65	7	70
31-49	60	18.07	103	16.45	2	20
Total	332	100.00	626	100	10	100

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Gráfico N° 8



Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Las gestantes se realizaron, mas frecuentemente, entre 5 a 12 controles prenatales y tenían entre 19 a 30 años (juventud). La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p < 0.005$.





*SPSS excluyó 134 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

Tabla N° 9

Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, según controles prenatales y su asociación con instrucción. Cuenca. 2009

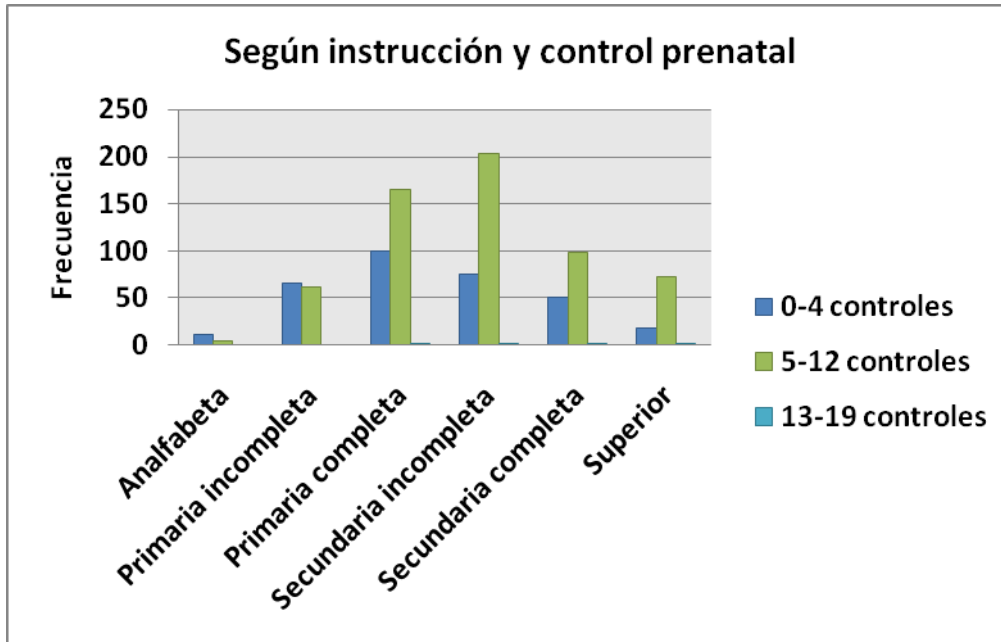
INSTRUCCION	CONTROL PRENATAL					
	0-4		5-12		13-19	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Analfabeta	11	3.45	4	0.66	0	0
Primaria incompleta	65	20.37	61	10.08	1	10
Primaria completa	100	31.34	165	27.27	2	20
Secundaria incompleta	75	23.51	204	33.72	3	30
Secundaria completa	50	15.67	99	16.36	2	20
Superior	18	5.64	72	11.9	2	20
Total	319	100	605	100	10	100

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.



Gráfico N° 9



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Las gestantes se realizaron mas frecuentemente, entre 5 a 12 controles prenatales y según la instrucción pertenecian a las que cursaron hasta la secundaria incompleta, con el 33.72%, seguida de primaria completa con el 31.34%, mientras que las analfabetas lo realizaron en un minimo porcentaje (0.66%). La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p < 0.005$.

*SPSS excluyó 168 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.





Tabla N°10

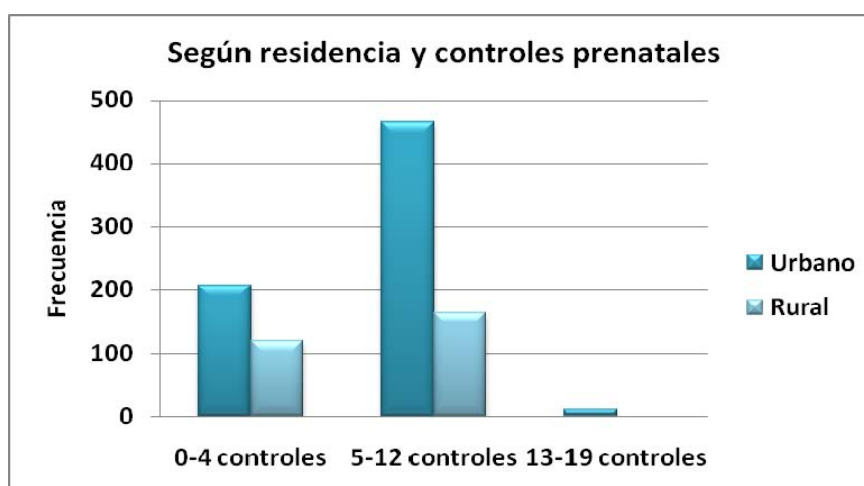
Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, según controles prenatales y su asociación con residencia. Cuenca. 2009

RESIDENCIA	CONTROL PRENATAL					
	0-4		5-12		13-19	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Urbano	207	63.69	465	73.93	10	100.00
Rural	118	36.30	164	26.07	0	0.00
Total	325	100.00	629	100.00	10	100.00

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Gráfico N°10



Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.





Las gestantes que se realizaron mas frecuentemente entre 5 a 12 controles prenatales, pertenecian las zonas urbanas (73.93%). La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p=0.019$.

*SPSS excluyó 138 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

Tabla N°11

Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, según controles prenatales y su asociación con estado civil. Cuenca. 2009

ESTADO CIVIL	CONTROL PRENATAL					
	0-4		5-12		13-19	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltera	72	21.88	83	13.37	2	20.00
Casada	130	39.51	303	48.79	5	50.00
Unión libre	124	37.69	225	36.23	3	30.00
Divorciada	2	0.61	4	0.64	0	0.00
Viuda	1	0.30	6	0.97	0	0.00
Total	329	100.00	621	100.00	10	100.00

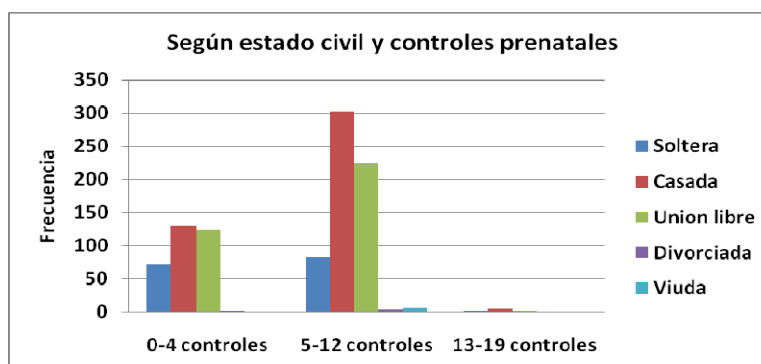
Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.





Gráfico N°11



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Las gestantes que se realizaron mas frecuentemente entre 5 a 12 controles prenatales corresponden a las casadas con el 48.79%, seguida de las de union libre con el 36.23%. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p=0.005$.

*SPSS excluyó 142 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

Tabla N°12

Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, según controles prenatales y su asociación con numero de gestas.

Cuenca. 2009

NUMERO DE GESTAS	CONTROLES PRENATALES					
	0-4		5-12		13-19	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%



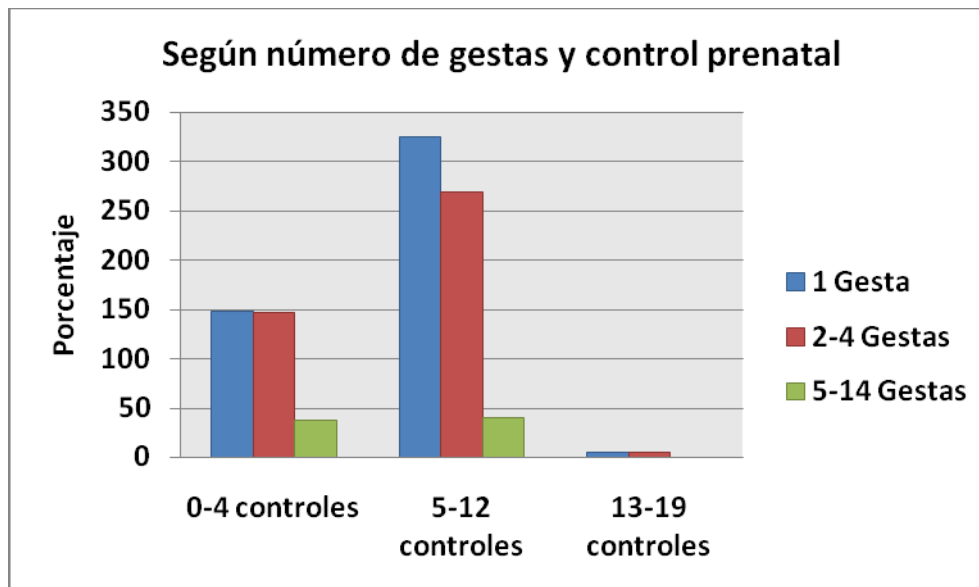


1 Gesta	148	44.44	325	51.26	5	50
2-4 Gestas	147	44.13	269	42.43	5	50
5-14 Gestas	38	11.40	40	6.31	0	0
TOTAL	333	100	634	100	10	100

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

Gráfico N°12



Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

La mayoría eran primigestas de las que se realizaron de 5 a 12 controles prenatales, representadas por el 51.26%. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p=0.011$.

*SPSS excluyó 125 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.



Tabla N 13

Distribución de las gestantes, según asociación de las complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008. Cuenca. 2009

	HTG		Preclampsia		APP		IVU		Oligoamnios		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
RPM	1	50	5	45.45	5	7.81	1	11.11	0	0	12	13.79
HTG	0	0	0	0	2	3.12	2	22.22	0	0	4	4.59
Preclampsia	0	0	0	0	2	3.12	5	55.55	1	100	8	9.19
Eclampsia	0	0	0	0	0	0	1	11.11	0	0	1	1.14
APP	0	0	1	9.09	0	0	0	0	0	0	1	1.14
IVU	1	50	5	45.45	55	85.93	0	0	0	0	61	70.11
TOTAL	2	100	11	100	64	100	9	100	1	100	87	100

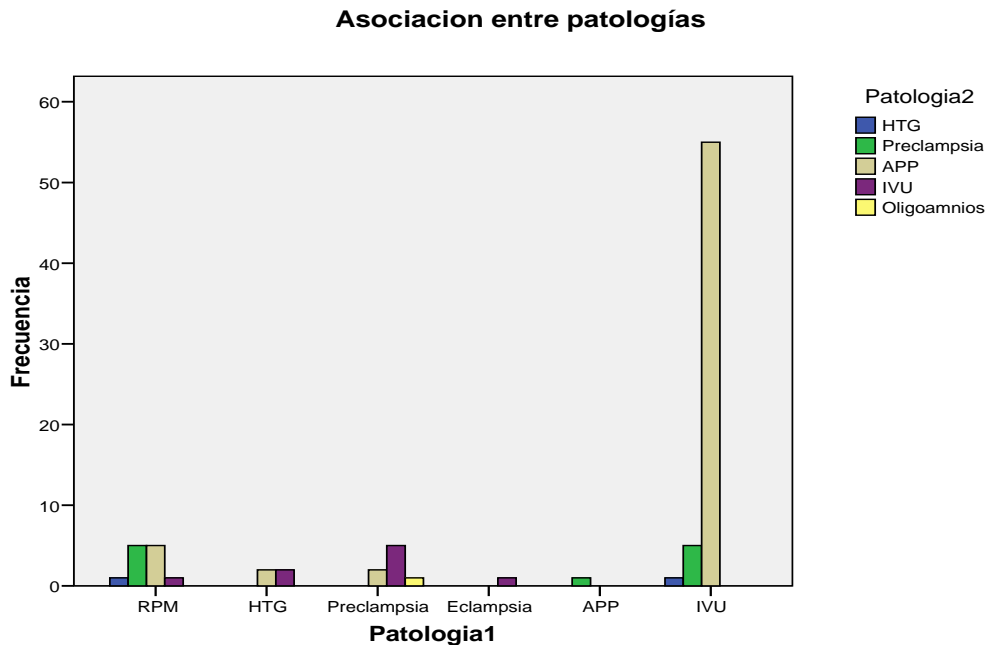
Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.





Gráfico N 13



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

En cuanto a las patologías que presentaron las gestantes, el 85.93% de las que presentaron infección de vías urinarias, también presentaron amenaza de parto pretérmino. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p < 0.005$.

*SPSS incluyó solo a 87 datos de historias clínicas, que fueron las que presentaron doble patología.



Tabla N 14

Distribución de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo hospitalizadas en el servicio de Obstetricia Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, según controles prenatales y su asociación con patologías. Cuenca. 2009

PATOLOGIAS	0 a 4 Controles		5 a 12 Controles		13 o más Controles		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
RPM	80	24.09	180	28.48	2	20	262	26.89
HTG	35	10.54	65	10.28	2	20	102	10.4
Preeclampsia	57	17.16	125	19.77	4	40	186	19.09
RPM + HTG	0	0	1	0.15	0	0	1	0.1
Eclampsia	14	4.21	12	1.89	0	0	26	2.66
RPM + PREECLAMPSIA	1	0.3	4	0.63	0	0	5	0.51
Sd. Hellp	5	1.5	8	1.26	0	0	13	1.33
APP	65	19.5	116	18.35	0	0	181	18.58
IVU	44	13.25	56	8.8	1	10	101	10.36
RPM + APP	3	0.9	2	0.31	0	0	5	0.51
Oligoamnios	5	1.5	18	2.84	0	0	23	2.36
RPM + IVU	0	0	1	0.15	0	0	1	0.1
HTG + APP	0	0	1	0.15	0	0	1	0.1
IVU + HTG	1	0.3	2	0.31	0	0	3	0.3
PREECLAMPSIA + APP	1	0.3	1	0.15	0	0	2	0.2
IVU + PREECLAMPSIA	0	0	8	1.26	1	10	9	0.92



PREECLAMPSIA + OLIGOAMNIOS	1	0.3	0	0	0	0	1	0.1
IVU + ECLAMPSIA	1	0.3	0	0	0	0	1	0.1
IVU + APP	19	5.72	32	5.06	0	0	51	5.23
TOTAL	332	100	632	100	10	100	974	100

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.





Gráfico N 14



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: G. Espinoza, N Guevara y E. Hernández.

La población estudiada, según control prenatal, fue clasificada de 0-4 controles, de 5-12 controles y de 13-19 controles, encontramos que en el primer grupo las gestantes presentaron más frecuentemente las siguientes patologías: RPM 24.09%, APP 19.5%, preeclampsia 17.16%. IVU 13.25%, En el segundo grupo RPM 28.48%, preeclampsia 19.77%, APP 18.35%, IVU 13%. Y en el tercer grupo: preeclampsia con el 40%, además hipertensión gestacional y RPM con el 20%. La asociación entre control prenatal y la presencia de complicaciones en el tercer trimestre de la gestación, no tuvo asociación ($p=0.066$).





CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

De acuerdo al enfoque social se concluye que el control prenatal se constituye en una de las principales estrategias para reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, al identificar los factores de riesgo y enfermedades que afectan al desarrollo normal del embarazo.

La información fue obtenida de una institución médica representativa de nuestra ciudad e incluye datos de historias clínicas de gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, que sin ser un estudio experimental posee información válida para orientar a los expertos en la toma de decisiones frente a un problema que sin duda, aún no es controlado.

El análisis estadístico descriptivo de la presente investigación, que luego se convirtió en analítico, realiza una aproximación de la realidad local, como un intento de buscar la relación entre los hechos y el ámbito en que se hace presente. Se identifica al hecho como la presencia del





bajo control prenatal y al ámbito como las características de la población (edad, instrucción, estado civil, residencia, paridad), y la presencia de complicaciones en el tercer trimestre de la gestación.

Con esta finalidad seleccionamos al Hospital Vicente Corral Moscoso de nuestra ciudad, institución que brinda atención médica a la región del Austro y resto del país, constituyéndose en uno de los principales hospitales del país, con una población gestante diversa; se realizó el levantamiento de la información por medio de un formulario previamente validado y recopilado por sus investigadoras. Una estrategia adicional fue el control de la calidad de los datos obtenidos.

En las revisiones realizadas a través del internet podemos comprobar que el tema del control prenatal vs complicaciones en el tercer trimestre de la gestación ocupa escasos pero importantes portales, donde exponen resultados de sus investigaciones.

La OMS, el MSP y el MNPI del Ecuador muestran su preocupación ante altas tasa de morbi-mortalidad materna y perinatal aún inaceptables, exponiendo estadísticas y proponiendo soluciones.





Entre las estrategias para un adecuado control prenatal plantean su frecuencia y establecen como nivel mínimo eficiente a 5 controles y como nivel óptimo 13 controles⁽⁵⁾, en la investigación realizada se observa que en nuestro medio el promedio de controles prenatales es de 8, y que la mayoría se realiza entre 5 y 12 controles representado por el 64.93%, existiendo aun gestantes sin ningún control, y como máximo 19 controles prenatales.

Según ENDEMAIN el acceso a servicios de salud materna y entre ellos un bajo control prenatal, afecta mayormente a mujeres con menos educación, residentes en zonas rurales y pertenecientes a edades jóvenes. En nuestra muestra encontramos que la mayoría de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre de la gestación están entre los 19 a 30 años representadas por el 65.65%, teniendo como mínimo 13 años y máximo 49 años; las gestantes analfabetas fueron la mínima población (0.66%) que se realizó entre 5-12 controles prenatales.

Según el MSP a nivel nacional el sector urbano de nuestro país tiene el 65% de acceso al control prenatal, en nuestro estudio el mayor número de gestantes también pertenecían a las zonas urbanas representadas por el 73.93%.





Lo anterior se correlaciona nuevamente con el reporte del CLAP en el año 1990 que refería que la adolescencia, la baja escolaridad, la condición soltera, la gran multiparidad o residencia alejada, el ingreso familiar insuficiente están relacionados con el tardío o insuficiente control prenatal⁽²⁰⁾, al investigar a nuestras gestantes nos damos cuenta, que a pesar de haber transcurrido prácticamente 2 décadas, persisten las mismas características antes mencionadas, así tenemos que según el estado civil las gestantes casadas tienen un mayor control prenatal (48.79%), en cambio las solteras con el 16.6%, las viudas con el 0.7% y las divorciadas con el 0.6% pertenecían a la minoría; además las multigestas (10-14) fueron las que menos controles prenatales se realizaron.

Cabe recalcar que según los resultados de la investigación clínica aleatorizada de control prenatal de la OMS, para la evaluación de un nuevo modelo, indican que no es tan importante el número de controles prenatales, como la calidad de los mismos, sino *prescribir en cada visita las intervenciones probadas como beneficiosas* sin necesidad de brindarlas en una gran cantidad de controles⁽²¹⁾.





Un estudio realizado en el Hospital General Regional de Orizaba, Veracruz (1991-1992) estudió a 2595 pacientes, quienes fueron clasificadas en dos grupos de acuerdo al antecedente de haber estado o no en el programa de control prenatal, concluye que el 73% de las gestantes tuvo control prenatal con 9.4% de complicaciones, comparado con el 8.9% de mujeres sin control prenatal institucional. Entre las complicaciones más frecuentes estuvo la RPM, además refieren que durante el control prenatal es importante diagnosticar y tratar oportunamente las infecciones genitales y de enfermedades de transmisión sexual (ETS), para evitar complicaciones del tercer trimestre del embarazo y entre ellas especialmente la RPM con coriamnionitis, amenaza de parto pretérmino, oligoamnios, entre otras. Esto se ve confirmado por estudios realizados, que exponen, que el tratamiento adecuado antes de las 20 semanas de gestación puede reducir el riesgo de parto prematuro⁽¹¹⁾.

En otra investigación realizada en el Hospital "Dr. Ramón Madariaga" en Argentina, se estudiaron 56 pacientes con diagnóstico de hipertensión y embarazo, registrándose una incidencia de la enfermedad hipertensiva del 1,7%, y el 30,3% de las madres presentaron complicaciones de la enfermedad. Por otro lado el 9.1% de neonatos nacieron





muertos, de los cuales el 20 % murió durante el parto y el 80% ingresó con diagnóstico de feto muerto; además el 29% de los recién nacidos presentaron complicaciones. El control prenatal fue insuficiente en la mayoría de las pacientes⁽¹³⁾.

Debido a la alta incidencia de IVU se han realizado algunos estudios entorno al tema, entre ellos existe uno realizado en el Hospital San Bartolomé-Lima, en 3.602 gestantes, se determinó que el 20% de maternas presentaron bacteriuria significativa, que el 21,1% de maternas sin molestias urinarias presentó bacteriuria asintomática. Comparando a las gestantes no bacteriúricas, con bacteriúricas se observó que presentaron en forma significativa anemia ferropénica, HTG, RPM, APP, condiloma perineal, vaginosis bacteriana, cordón corto y placenta previa, como causa de cesárea. Los hijos de las gestantes bacteriúricas tuvieron menor riesgo significativo de infección neonatal, muguet y malformaciones congénitas. No hubo diferencia significativa en el Apgar bajo al nacer, sepsis o muerte neonatal, probablemente por la intervención médica oportuna. Encontramos recurrencia de la bacteriuria después del tratamiento en el 78% de los casos. Por lo tanto se concluye que la detección precoz y el tratamiento oportuno





de la bacteriuria asintomática en el embarazo debe ser norma del cuidado prenatal de toda gestante⁽¹⁷⁾.

El oligohidramnios es una enfermedad de causa principalmente idiopática (52 %) después de las 28 semanas de gestación, pero la hipertensión arterial desempeña un importante papel en su génesis (30 %), que llevan a partos distócicos y mayor morbi-mortalidad perinatal. De allí la importancia de lograr diagnosticar precozmente (causa o efecto), para poder elegir la mejor opción terapéutica, tanto para la madre como para el feto⁽¹⁹⁾.

El INEC en el 2007 reportó que en nuestro país entre las principales causas de muerte materna esta la Eclampsia con el 20,5%, y la HTG con el 14,2%. En cambio dentro de las 10 primeras causas de morbilidad femenina en el año 2005, los trastornos de líquido amniótico y de las membranas fue la primera causa relacionada con complicaciones obstétricas del tercer trimestre de la gestación con el 1,5% de frecuencia. Comparando estos resultados con la de nuestro estudio, las patologías que mas se presentan durante el tercer trimestre de la gestación según orden de frecuencia tenemos las siguientes: RPM(25.1%), APP(22.85), Preeclampsia





(19.43%), ITU (16.18%), HTG(9.7%), Oligoamnios y Eclampsia (2.59%), y el Síndrome de Hellp (1.50%). Además de las gestantes que presentan infección de vías urinarias el 85.93% desarrolló amenaza de parto pretérmino.

La población estudiada, según control prenatal, fue clasificada de 0-4 controles, de 5-12 controles y de 13-19 controles; encontramos que en el primer grupo las gestantes presentaron más frecuentemente las siguientes patologías: RPM 24.09%, APP 19.5%, preeclampsia 17.16%. IVU 13.25%. En el segundo grupo RPM 28.48%, preeclampsia 19.77%, APP 18.35%, IVU 13%. Y en el tercer grupo: preeclampsia con el 40%, además hipertensión gestacional y RPM con el 20%. La asociación entre control prenatal y la presencia de complicaciones en el tercer trimestre de la gestación, no tuvo asociación ($p=0.066$).

Este estudio nos ha dado una visión global de nuestra realidad, la misma que no es muy diferente, comparada a la que se encontró a nivel nacional y en otros países en vías de desarrollo.





CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

Las gestantes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del hospital regional Vicente Corral Moscoso en los años 2007 - 2008 se realizaron mas frecuentemente entre 5 a 12 controles prenatales presentando las siguientes conclusiones:

1. La distribución según edad tuvo como promedio 30 años, siendo el mínimo de edad 13 años y el máximo de 49 años. La mayoría comprende una edad entre 19 a 30 años (juventud) representado por el 63.06%.
2. Según la instrucción, el 30.07% que es la mayoría ha estudiado hasta la secundaria incompleta, seguida por





el 28.6% que representa la primaria completa, siendo la población analfabeta una minoría con el 1,89%.

3. La mayoría de las gestantes fueron las casadas con el 45,61%, mientras que las divorciadas y las viudas constituyen la minoría con el 0,61% y 0,71% respectivamente.
4. La mayoría de las gestantes pertenecen a la zona urbana representadas por el 70.5%.
5. Encontramos como promedio 8 controles prenatales. Algunas gestantes como máximo se han realizado 19 controles prenatales, pero siguen existiendo gestantes aún sin control. La mayoría se ha realizado entre 5 y 12 controles prenatales, representado con el 64.93%.
6. Encontramos como promedio 7 gestas, y como máximo gestantes con 14 embarazos, pero la mayoría fueron primigestas (primera gestación), representada por el 48,94%.





7. Las principales patologías fueron RPM con el 25.10%, APP con el 22.85%, preeclampsia con el 19.43% e ITU con el 16.18%.
8. Las gestantes se realizaron, mas frecuentemente, entre 5 a 12 controles prenatales y tenían entre 19 a 30 años (juventud). La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p < 0.005$.
9. Las gestantes se realizaron mas frecuentemente, entre 5 a 12 controles prenatales y según la instrucción pertenecían a las que cursaron hasta la secundaria incompleta, con el 33.72%, seguida de primaria completa con el 31.34%, mientras que las analfabetas lo realizaron en un mínimo porcentaje (0.66%). La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p < 0.005$.
10. Las gestantes que se realizaron mas frecuentemente entre 5 a 12 controles prenatales, pertenecían las zonas urbanas (73.93%). La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p = 0.019$.





11. Las gestantes que se realizaron mas frecuentemente entre 5 a 12 controles prenatales corresponden a las casadas con el 48.79%, seguida de las de union libre con el 36.23%. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p=0.005$.
12. La mayoría eran primigestas de las que se realizaron de 5 a 12 controles prenatales, representadas por el 51.26%. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p=0.011$.
13. En cuanto a las patologías que presentaron las gestantes, el 85.93% de las que presentaron infección de vías urinarias también presentaron amenaza de parto pretérmino. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una $p<0.005$.
14. La población estudiada, según control prenatal, fue clasificada de 0-4 controles, de 5-12 controles y de 13-19 controles, encontramos que en el primer grupo las gestantes presentaron más frecuentemente las





siguientes patologías: RPM 24.09%, APP 19.5%, preeclampsia 17.16%. IVU 13.25%, En el segundo grupo RPM 28.48%, preeclampsia 19.77%, APP 18.35%, IVU 13%. Y en el tercer grupo: preeclampsia con el 40%, además hipertensión gestacional y RPM con el 20%. La asociación entre control prenatal y la presencia de complicaciones en el tercer trimestre de la gestación, no tuvo asociación ($p=0.066$).





7.2. Recomendaciones

- ✓ Con el estudio que hemos realizado podemos proponer, q se reevalué la asistencia médica que se brinda a las gestantes, para ampliar su cobertura a embarazadas con menor educación, más pobres, residentes por lo general en áreas rurales y que son aquellas que presentan un menor control prenatal, y por ende mayores complicaciones.
- ✓ A más de realizar un aumento de la cobertura del control prenatal, debería también enfocarse en una adecuada intervención de los factores de riesgo presentes durante el embarazo, ya que no solo el número de controles prenatales es importante sino también la calidad en cada control y la ejecución de los procedimientos comprobados como beneficiosos.
- ✓ Además es importante educar y evaluar constantemente al personal que realiza el control prenatal, especialmente en los subcentros y al personal médico que trabaja en zonas rurales, ya que





no siempre las gestantes pueden ser valoradas por los especialistas, que por ende demandaría más presupuesto económico y no lograrían atender a todas las gestantes, por lo desproporción Obstetra/gestante, que existe en nuestro país.

- ✓ Tomando en cuenta todos estos aspectos podemos decir que con un adecuado control prenatal llegamos a establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo, logrando de esta manera disminuir las complicaciones presentes durante este periodo, tan susceptible para la gestante y el feto.





ANEXOS





Anexo N°1

Actividades para el Control Prenatal establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ACTIVIDADES PARA NIVELES I II III		MENOR DE 21 SEMANAS O PRIMERA CONSULTA	SEMANAS				INSTRUCTIVO PARA NIVELES I – II – III
			22 a 27	28 a 33	34 a 37	38 a 40	
1.	Apertura de historia clínica perinatal base y el carné perinatal.	X					<ul style="list-style-type: none"> Llene de forma correcta y completa todos los casilleros. Clasifique por riesgo para la correspondiente atención por niveles. Instruya a la gestante para que lleve el carné a todas las consultas de cualquier servicio de salud a nivel nacional.
2.	Detección de factores de riesgo.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Promueva los dos primeros controles prenatales antes de las veinte semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías. Determine la necesidad de referencia y contrarreferencia al nivel superior.
3.	Anamnesis, revisión de aparatos y sistemas, examen físico general.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Realice un examen clínico general en decúbito dorsal en todos los controles, más exhaustivo en la primera consulta. Diagnóstico y tratamiento o referencia de patología obstétrica Manejo de las molestias propias del embarazo
4.	Estimación de la edad gestacional o diagnóstico (<12 sem)	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Cálculo de las semanas de amenorrea por FUM, Regla de Naegele, tabla obstétrica o ultrasonido si amerita
5.	Determinación de la presión arterial	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Si TA mayor a 140 la presión sistólica o mayor a 90 la presión diastólica, considere trastorno hipertensivo gestacional.*
6.	Medición del peso	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Registre el peso en cada consulta prenatal en el Normograma que consta en el carné perinatal para determinar desviaciones de la curva normal. Considere sobrepeso, Preeclampsia,* Embarazo múltiple o polihidramnios si la ganancia es exagerada. Considere error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal* si es menor a lo esperado.
7.	Medición de la talla	X					<ul style="list-style-type: none"> Tallas menores a 1.40 m hacen sospechar la probabilidad de desproporción céfalo pélvica.*





8.	Evaluación del estado nutricional	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Clasifique la relación Peso/Talla de la mujer (%) que consta en el Normograma del carné perinatal para ubicar a la embarazada en las zonas: A: bajo peso, B: Normal, C: sobrepeso, D: obesidad. ■ Si no es adecuada considere suplementación.
9.	Examen de mamas	X					<ul style="list-style-type: none"> ■ Indique cuidados apropiados del pezón y las mamas: no cepillado, no cremas, no jabones. ■ Informe sobre promoción de lactancia materna.
10	Toma de Papanicolaou	X					<ul style="list-style-type: none"> ■ En la primera consulta independientemente de la edad gestacional.
11	Evaluación clínica de la pelvis					X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Determine una vez sobre la semana 36 la relación céfalo pélvica. ■ Descarte desproporción céfalo pélvica según valoración de la pelvis femenina (Ver en Anexo 2 del capítulo de Atención del Parto). ■ Refiera si se confirma patología
12	Medir la altura uterina	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Use la cinta métrica perinatológica para medir desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino. ■ De semana 18 a semana 30 tiene mayor sensibilidad esta medida, sobre esta semana disminuye su valor. ■ Si la medida es menor a la edad gestacional, considere error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal*. ■ Si la medida es mayor a la edad gestacional considere error de cálculo, embarazo múltiple o polihidramnios.
13	Diagnóstico de la situación, posición, presentación fetal y condiciones cervicales.					X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realice maniobras de Leopold. ■ Aplique la evaluación del cuello con el Índice de Bishop (ver Anexo 1 Capítulo de Atención del Parto). ■ Desde la semana 36 es necesario anticipar un plan de parto por cesárea según desviaciones de la normalidad.
14	Auscular latidos cardíacos fetales	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Normal entre 120 a 160 latidos por minuto. ■ Ausculte con doppler desde las 12 semanas. ■ Ausculte con estetoscopio o corneta de Pinard desde la semana 18 – 20. ■ Si ausentes considere error de cálculo de edad gestacional u óbito fetal*. Confirme por ecografía.
15	Movimientos fetales (>20 semanas)		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valore por percepción materna certera o por el examen del proveedor desde semana 20. ■ Si ausentes considere error de cálculo de edad gestacional u óbito fetal* ■ Valorar bienestar fetal por cualquier medio: registro de FCF, monitoreo electrónico fetal, ultrasonografía.
16	Evaluación ecográfica		X		X		<ul style="list-style-type: none"> ■ En embarazo de bajo riesgo solicite entre las 20 y 24 semanas. ■ De tener disponibilidad entre las 11 y 14 semanas, entre las 20 y 24 semanas y entre las 32 y 34 semanas. ■ No solicitarla de rutina. Debe contribuir a la toma de





						decisiones.
17	Determinación de Hb, Hto, biometría hemática	X		X		<ul style="list-style-type: none"> Determine anemia* y/o parámetros hematológicos de infección. Solicite antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas.
18	Determinación TP, TTP, Plaquetas	X			X	<ul style="list-style-type: none"> Si están alterados sospeche Síndrome de HELLP* o discrasias sanguíneas.
19	Determinación de creatinina, urea	X			X	<ul style="list-style-type: none"> Valoración de la función renal, si alterados sospeche trastorno hipertensivo gestacional* o nefropatía.
20	Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh	X				<ul style="list-style-type: none"> Sospeche incompatibilidad o isoimmunización* si la embarazada es Rh negativa y tiene un recién nacido/a Rh positivo, o en aborto de madre Rh negativa. Solicite test de Coombs indirecto en estos casos.
21	Detección de diabetes gestacional*	X		X	X	<ul style="list-style-type: none"> Medición del nivel de glicemia una hora después de administrar una sobrecarga de 50 g. de glucosa (Test de O'Sullivan). No se requiere de ayuno previo, puede ser tomado a cualquier hora del día y no es necesario el valor de la glicemia en ayunas. En la primera consulta y entre las semanas 24 a 28 y 32 a 35.
22	Detección de sífilis.	X			X	<ul style="list-style-type: none"> Si VDRL positivo solicite prueba confirmatoria de laboratorio (RPR).
23	Prueba de ELISA o prueba rápida para VIH	X			X	<ul style="list-style-type: none"> Previo consentimiento informado, si resultado es positivo remita a nivel III de especialidad según Protocolo de VIH y Embarazo.
24	Elemental y microscópico de orina y cultivo de orina	X			X	<ul style="list-style-type: none"> En todas las embarazadas en su primer control sin importar las semanas de gestación, entre las 12 a 16 semanas del embarazo y en el tercer trimestre. El urocultivo es el examen de elección para el tamizaje de bacteriuria asintomática* durante la gestación y para la confirmación de una sospecha clínica de cistitis o pielonefritis aguda.*
25	Proteinuria en tirilla	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Si nitritos +, sospeche infección urinaria. Si proteinuria +, sospeche trastorno hipertensivo gestacional.*
26	Ig M – IgG TORCH	X				<ul style="list-style-type: none"> Si positivos sospeche compromiso fetal
27	Cultivo ano-genital 35 – 37 semanas				X	<ul style="list-style-type: none"> Screening de infección por <i>Streptococcus agalactiae</i> B y prevención de sepsis neonatal. Realizar a partir de la semana 35 a 37 de gestación. Si resultado es positivo administrar: Ampicilina 2 g. IV dosis inicial y luego 1 g. IV cada 6 horas hasta el parto. Alternativa: no hacer cultivo y tratar a todas las mujeres intraparto con antibióticos si: parto < de 37 semanas de





							gestación, rotura de membranas de más de 18 horas o temperatura de 38° C o más.
28	Prescripción de Hierro (tabletas Sulfato ferroso 50 mg)		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Profiláctico o Terapéutico (Ver anemia en el embarazo). Si valores de Hb no sugieren anemia diferir la toma de Hierro hasta la semana 20.
29	Prescripción de ácido fólico 1 tableta de 1 mg diario hasta las 12 semanas (Dosis requerida: 0,4 mg)	X					<ul style="list-style-type: none"> Como prevención primaria poblacional de defectos del tubo neural. El ácido fólico debe administrarse 2 - 3 meses preconcepcional. Si la paciente tiene antecedente de producto con defectos del tubo neural o es epiléptica tratada con ácido valpróico o carbamazepina o en mujeres diabéticas Tipo I y Tipo II administrar 4 mg VO diarios. En el país se comercializan las tabletas de 1 y 5 mg únicamente.
30	Administración de complementos alimentarios	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Ubique en la curva de incremento de peso del carné perinatal la zona en la que se encuentra la paciente.
31	Educación y consejería sobre planificación familiar y derechos reproductivos.				X	X	<ul style="list-style-type: none"> Involucre al padre en todas las actividades durante cada consulta prenatal o visita domiciliaria. Brinde consulta de consejería sobre planificación familiar con el objeto que la pareja escoja y defina el método que usarán inmediatamente después del parto. Exija el llenado de la hoja de consejería de la Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Grupos de apoyo a gestantes: hacer énfasis en la importancia de la salud reproductiva con enfoque en género, generacional, derechos, violencia e interculturalidad. Orienta en el cuidado prenatal y del recién nacido.
32	Consejería en estilos de vida saludables: ejercicio, reposo, nutrición, sexualidad y recreación.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> LACTANCIA: Incentivar la participación en los grupos de apoyo a la lactancia materna.* EJERCICIO: mantener un nivel de ejercicio moderado, bajo la recomendación y dirección de un/una proveedor/a de salud calificado en psicoprofilaxis del parto. REPOSO: Preferir durante el descanso el decúbito lateral izquierdo. NUTRICION: mantener alimentación rica en calcio, hierro, ácido fólico, que cubra las necesidades gestacionales. SEXUALIDAD: coito permitido excepto en embarazo de riesgo. RECREACION: Uso obligatorio de cinturón de seguridad que sujete hombros y cadera durante el uso de automotores. Viajes bajo autorización médica. Prendas de vestir cómodas, no ajustadas. EVITAR LA AUTOMEDICACION.





33.	Recomendaciones para la lactancia	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> LACTANCIA: Incentivar la participación en los grupos de apoyo a la lactancia materna.
34.	Examen odontológico	X					<ul style="list-style-type: none"> Desde la primera consulta independientemente de la edad gestacional. En caso de radiografía debe usarse mandil de plomo para protección si es menor de 12 semanas.
35.	Verificación, indicación o registro de vacunación antitetánica	X			X		<ul style="list-style-type: none"> Lo más precoz posible en el embarazo. 1ra dosis: en cualquier semana de gestación. 2ª dosis: aplicar con intervalo no mayor de 6 ni menor de 4 semanas. Dosis de Refuerzo: luego de 1 año o en cada embarazo siguiente en cualquier semana si son menos de 5 años de la última vacunación. Si son más de 5 años repetir el esquema completo.
36.	Preparación para el parto				X	X	<ul style="list-style-type: none"> Programar con la paciente y su pareja el tipo de parto que se espera. EDUCACION ANTENATAL sobre las características del parto y la concurrencia oportuna al lugar de atención, reduce el número de visitas por falso trabajo de parto.
37.	Programar las consultas subsecuentes y registrar la fecha en la hoja de control y en el carné materno.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Asegúrese con calidad y calidez que la paciente entienda claramente las instrucciones. Registre la fecha de su próximo control claramente. Prepare con la paciente el plan de parto según clasificación de riesgo.

FUENTE: Componente Normativo Materno. MSP. Agosto 2008





ANEXO Nº2



“BAJO CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN LOS AÑOS 2007-2008”

Nº Historia Clínica:

Formulario Nº

1. Edad: años.

2. Instrucción:

3. Estado civil:

2.1 Analfabeta	<input type="text"/>
2.2 Primaria incompleta	<input type="text"/>
2.3 Primaria completa	<input type="text"/>
2.4 Secundaria incompleta	<input type="text"/>
2.5 Secundaria completa	<input type="text"/>
2.6 Superior	<input type="text"/>

3.1 Soltera	<input type="text"/>
3.2 Casada	<input type="text"/>
3.3 Unión libre	<input type="text"/>
3.4 Divorciada	<input type="text"/>
3.5 Viuda	<input type="text"/>

4. Residencia

4.1 Urbano 4.2 Rural

5. Número de controles prenatales

6. Número de gestas

7. Complicación del tercer trimestre del embarazo 7.1 SI 7.2 No

8. De las siguientes, cuál patología presentó

8.1 Ruptura prematura de membranas					
8.2 Trastornos hipertensivos del embarazo					
HTA Cr.	HTG	Preeclampsia	Eclampsia	Sd. Hellp	
8.3 Amenaza de parto pretérmino					





8.5 Infección de vías urinarias	
8.6 Oligoamnios	

Investigador(a): Gloria Espinoza Espinoza ☐

Fecha de recolección de datos:

Nancy Guevara Bravo ☐

Elvia Hernández Quito ☐





BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Alvarez G. Infección urinaria y embarazo, diagnóstico y terapéutica. Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina N°155. Marzo 2006. Pag. 20-23. Disponible en http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista155/6_155.htm Accedido el 11/11/2008.
2. CEDIP. Hospital Sóteros del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en <http://www.cedip.cl/index.php?tc=4&id=7> Accedido el 20/03/2009.
3. Componente Normativo Materno. Quito. MSP. Agosto 2008. Págs. 27-33, 59, 69,70, 177.
4. Control Prenatal II Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/3017665/Control-Prenatal-II> Accedido el 28/11/2008.





5. Estados hipertensivos del embarazo en el Hospital “Dr. Ramón Madariaga”. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 126 – Abril 2003 Pág. 20-28. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista126/estados_hipert.htm Accedido el 02/10/2008.
6. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria - Vol. 2 Número 2: Marzo-Abril 1999. Disponible en: www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=213 Accedido el 3/12/2008.
7. Ginecología y Obstetricia - Vol. 42 N°3 Diciembre 1996. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol42n3/bacteriuria.htm> Accedido el 3/12/2008.
8. Herrera, J. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Cali. Univesidad del Valle. Colombia. Disponible en: colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No1/prenatal.htm Accedido el 01/12/2008.





9. Hopkins, J. Ginecología y Obstetricia. Madrid. Marbán.
2005. Pág. 112.

10. Índice de esfuerzo de programa materno y Neonatal. Disponible en:
www.policyproject.com/pubs/MNP//Ecuador/ MNPI.pdf
f Accedido el 20/01/2009.

11. Investigación clínica aleatorizada de control prenatal de la organización Mundial de la salud para la evaluación de un nuevo modelo de control prenatal. Grupo de investigación de control prenatal de la OMS. Novedades del CLAP N°8, junio 2001. Disponible en
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91220306&iCveNum=10269>. Accedido el 27/06/2008.

12. La Calidad del Control Prenatal como garantía de salud de Madres y Recién Nacidos Disponible en:
http://www.encolombia.com/go_calidad_control.htm
Accedido el 15/11/2008.





13. La Calidad del Control Prenatal como garantía de salud de Madres y Recién Nacidos Disponible en: http://www.encolombia.com/go_calidad_control.htm
Accedido el 15/11/2008.
14. Molina, X. Normas en Obstetricia. Cuenca. Universidad de Cuenca. Julio 2008. Págs. 117,118, 127, 145.
15. Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, y el Banco Mundial: 4,16. 2008. Disponible: www.who.com
Accedido el 15/04/2009.
16. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol 31. 2005. Dra. Cárdena I. Incidencia de la hipertensión arterial en gestantes con oligoamnios. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revista/gin/vol31_3_05/gin07305.htm
Accedido el 18/12/2008.
17. Rivera López, Influencia del control prenatal sobre la morbilidad materna y perinatal en un centro hospitalario de 2o. nivel de atención Ginecología y Obstetricia. Mexico; 62(7) Julio. 1994.





<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-198916>

Accedido el 10/11/2008.

18. Salas, B. Por una maternidad y nacimientos seguros. Quito. MSP. Págs. 7, 9, 11.
19. Salud perinatal. Montevideo. Vol 3. N°10. 1990.
Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN%2010.pdf. Accedido el 21/06/09.
20. Swadpanich Ussanee. Programas de detección y tratamiento de infecciones del aparato genital inferior para la prevención del parto prematuro. Número de la Biblioteca Cochrane Plus CD006178. 2008 Disponible en:
<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=B CP&searchExp=vaginosis&lang=pt> Accedido el 8/02/2009.
21. Williams, Obstetricia. 21ª edición. Estados Unidos. 2004. Págs 188,189





9.2 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salas, B. Por una maternidad y nacimientos seguros. Quito. MSP. Págs. 7, 9, 11.
2. Índice de esfuerzo de programa materno y Neonatal. Disponible en: www.policyproject.com/pubs/MNP//Ecuador/ MNPI.pdf f Accedido el 20/01/2009.
3. Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, y el Banco Mundial: 4,16. 2008. Disponible: www.who.com Accedido el 15/04/2009.
4. Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadísticas de Ecuador (INEC) (2007) Indicadores Básicos de Salud, Ecuador.
5. Molina, X. Normas en Obstetricia. Cuenca. Universidad de Cuenca. Julio 2008. Págs. 117,118, 127, 145.





6. Control Prenatal II Disponible en:

<http://www.scribd.com/doc/3017665/Control-Prenatal-II>

Accedido el 28/11/2008.

7. Williams, Obstetricia. 21^a edición. Estados Unidos. 2004. Págs 188,189.

8. Componente Normativo Materno. Quito. MSP. Agosto 2008. Págs. 27-33, 59, 69,70, 177.

9. Hopkins, J. Ginecología y Obstetricia. Madrid. Marbán. 2005. Pág. 112.

10. La Calidad del Control Prenatal como garantía de salud de Madres y Recién Nacidos Disponible en:

http://www.encolombia.com/go_calidad_control.htm

Accedido el 15/11/2008.

11. Rivera López, Influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de 2o. nivel de atención Ginecología y Obstetricia. Mexico; 62(7) Julio. 1994.

<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-198916>

Accedido el 10/11/2008.





12. Herrera, J. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Cali. Univesidad del Valle. Colombia. Disponible en: colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No1/prenatal.htm Accedido el 01/12/2008.
13. Estados hipertensivos del embarazo en el Hospital “Dr. Ramón Madariaga”. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 126 – Abril 2003 Pág. 20-28. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista126/estados_hipert.htm Accedido el 02/10/2008.
14. Swadpanich Ussanee. Programas de detección y tratamiento de infecciones del aparato genital inferior para la prevención del parto prematuro. Número de la Biblioteca Cochrane Plus CD006178. 2008 Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=vaginosis&lang=pt> Accedido el 8/02/2009.





15. CEDIP. Hospital Sóteros del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en <http://www.cedip.cl/index.php?tc=4&id=7> Accedido el 20/03/2009.
16. Alvarez G. Infección urinaria y embarazo, diagnóstico y terapéutica. Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina N°155. Marzo 2006. Pag. 20-23. Disponible en http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista155/6_155.htm Accedido el 11/11/2008.
17. Ginecología y Obstetricia - Vol. 42 N°3 Diciembre 1996. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol42n3/bacteriuria.htm> Accedido el 3/12/2008.
18. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria - Vol. 2 Número 2: Marzo-Abril 1999. Disponible en: www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=213 Accedido el 3/12/2008.





19. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol 31. 2005. Dra. Cárdena I. Incidencia de la hipertensión arterial en gestantes con oligoamnios. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revista/gin/vol31_3_05/gin07305.htm
[Accedido el 18/12/2008.](#)
20. Salud perinatal. Montevideo. Vol 3. N°10. 1990. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN%2010.pdf. Accedido el 21/06/09.
21. Investigación clínica aleatorizada de control prenatal de la organización Mundial de la salud para la evaluación de un nuevo modelo de control prenatal. Grupo de investigación de control prenatal de la OMS. Novedades del CLAP N°8, junio 2001. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91220306&iCveNum=10269>. Accedido el 27/06/2008.

